



Organisation mondiale de la Santé

Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé

Genève, 19-27 mai 2025

**Résolutions et décisions
Annexes**

Abréviations

Les abréviations suivantes sont employées dans la documentation de l'OMS :

AIEA	– Agence internationale de l'énergie atomique
ASEAN	– Association des nations de l'Asie du Sud-Est
BIT	– Bureau international du travail
CIRC	– Centre international de recherche sur le cancer
CNUCED	– Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement
FAO	– Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FIDA	– Fonds international de développement agricole
FMI	– Fonds monétaire international
FNUAP	– Fonds des Nations Unies pour la population
HCR	– Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
OACI	– Organisation de l'aviation civile internationale
OCDE	– Organisation de coopération et de développement économiques
OICS	– Organe international de contrôle des stupéfiants
OIM	– Organisation internationale pour les migrations
OIT	– Organisation internationale du travail
OMC	– Organisation mondiale du commerce
OMI	– Organisation maritime internationale
OMM	– Organisation météorologique mondiale
OMPI	– Organisation mondiale de la propriété intellectuelle
OMSA	– Organisation mondiale de la santé animale
ONU	– Organisation des Nations Unies
ONUDC	– Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
ONUDI	– Organisation des Nations Unies pour le développement industriel
ONUSIDA	– Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OPS	– Organisation panaméricaine de la Santé
PAM	– Programme alimentaire mondial
PNUD	– Programme des Nations Unies pour le développement
PNUE	– Programme des Nations Unies pour l'environnement
UIT	– Union internationale des télécommunications
UNESCO	– Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNICEF	– Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNRWA	– Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient

Les appellations employées dans ce volume et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Lorsque l'appellation « pays ou zone » apparaît dans le titre de tableaux, elle couvre les pays, territoires, villes ou zones.

Avant-propos

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé s'est tenue au Palais des Nations à Genève du 19 au 27 mai 2025, conformément à la décision adoptée par le Conseil exécutif à sa cent cinquante-cinquième session.¹

¹ Décision EB155(11) (2024).



Table des matières

	Pages
Avant-propos	iii
Ordre du jour	ix
Liste des documents	xix
Présidence et secrétariat de l'Assemblée de la Santé et composition de ses commissions	xxv

Résolutions et décisions

Résolutions

WHA78.1	Accord de l'OMS sur les pandémies.....	3
WHA78.2	Budget programme 2026-2027	7
WHA78.3	Renforcer les bases factuelles pour les mesures sociales et de santé publique.....	10
WHA78.4	Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est	14
WHA78.5	Promouvoir une approche intégrée de la santé respiratoire et en faire une priorité.....	17
WHA78.6	Alléger la charge des maladies non transmissibles en favorisant la santé rénale et en renforçant les moyens de prévenir et de combattre les maladies rénales....	22
WHA78.7	Prévention primaire et soins intégrés des déficiences sensorielles, déficience visuelle et perte auditive comprises, à toutes les étapes de la vie.....	27
WHA78.8	Journée mondiale pour l'élimination du cancer du col de l'utérus	33
WHA78.9	Promouvoir le lien social au profit de la santé mondiale : le rôle essentiel du lien social pour combattre la solitude, l'isolement social et les inégalités en santé	35
WHA78.10	Renforcer les capacités nationales de prise de décisions sur des bases factuelles pour l'adoption efficace de normes et de critères	39
WHA78.11	Les maladies rares : une priorité pour l'équité et l'inclusion dans le domaine de la santé mondiale	43
WHA78.12	Renforcer le financement de la santé à l'échelle mondiale.....	51

Pages

WHA78.13	Renforcer les capacités d'imagerie médicale.....	56
WHA78.14	Éradiquer plus vite la dracunculose	61
WHA78.15	Les maladies de la peau : une priorité de santé publique mondiale	64
WHA78.16	Agir plus vite pour les personnels de santé et d'aide à la personne dans le monde d'ici à 2030	68
WHA78.17	Introduction de la Journée mondiale de la prématurité dans le calendrier de l'OMS	73
WHA78.18	Réglementer la commercialisation des substituts du lait maternel par des moyens numériques	77
WHA78.19	Barème des contributions pour 2026-2027	81
WHA78.20	État du recouvrement des contributions, et notamment celles des États Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution	86
WHA78.21	Dispositions spéciales concernant le règlement des arriérés : Liban	87
WHA78.22	Rémunération du personnel hors classes et du Directeur général.....	88
WHA78.23	Faits antérieurs.....	89
WHA78.24	Prolongation du Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant 2012-2025.....	89
WHA78.25	Transfert de l'Indonésie de la Région de l'Asie du Sud-Est à la Région du Pacifique occidental.....	92
WHA78.26	Hisser le drapeau des États non membres observateurs de l'Organisation mondiale de la Santé.....	92
WHA78.27	Mobiliser un soutien mondial pour un avenir sans plomb	93
WHA78.28	Effets de la guerre nucléaire sur la santé publique.....	97
Décisions		
WHA78(1)	Composition de la Commission de vérification des pouvoirs	99
WHA78(2)	Élection de la présidente ou du président et des vice-présidentes et vice-présidents de la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé	99
WHA78(3)	Élection du bureau des commissions principales	99

	Pages
<u>WHA78(4)</u> Constitution du Bureau de l'Assemblée	100
<u>WHA78(5)</u> Adoption de l'ordre du jour.....	100
<u>WHA78(6)</u> Vérification des pouvoirs.....	100
<u>WHA78(7)</u> Élection de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif	101
<u>WHA78(8)</u> Processus à suivre pour traiter les éventuelles allégations à l'encontre d'un Directeur général ou d'une Directrice générale de l'OMS, et pour enquêter à leur sujet.....	101
<u>WHA78(9)</u> Notification du Règlement sanitaire international (2005) à la Palestine.....	102
<u>WHA78(10)</u> Situation d'urgence sanitaire en Ukraine et dans les pays qui reçoivent des réfugiés et dans ceux qui en accueillent, découlant de l'agression par la Fédération de Russie	103
<u>WHA78(11)</u> Un rapport consacré à la santé mentale à l'intention des organes directeurs de l'OMS	105
<u>WHA78(12)</u> Produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés	105
<u>WHA78(13)</u> Rapport intérimaire du Groupe consultatif d'experts sur l'utilité et l'efficacité du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé.....	106
<u>WHA78(14)</u> Projet de stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2025-2034	106
<u>WHA78(15)</u> Résistance aux antimicrobiens	107
<u>WHA78(16)</u> Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé.....	107
<u>WHA78(17)</u> Rapports programmatique et financier de l'OMS pour 2024-2025, y compris les états financiers pour 2024	111
<u>WHA78(18)</u> Suspension partielle et temporaire de l'application de l'article VIII (8.2) du Règlement financier	112
<u>WHA78(19)</u> Rapport du Commissaire aux comptes	112
<u>WHA78(20)</u> Nomination de représentants et représentantes au Comité des pensions du personnel de l'OMS.....	112
<u>WHA78(21)</u> Prolongation des orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025 jusqu'en 2030	113
<u>WHA78(22)</u> Prolongation de la Stratégie mondiale pour la santé numérique 2020-2025 jusqu'en 2027	113

<u>WHA78(23)</u>	Prolongation du Plan mondial d'action de santé publique contre la démence 2017-2025 jusqu'en 2031.....	114
<u>WHA78(24)</u>	Règlement sanitaire international (2005) : procédure pour la correction d'erreurs dans le texte de l'instrument.....	114
<u>WHA78(25)</u>	Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies et avec d'autres organisations intergouvernementales	114
<u>WHA78(26)</u>	Feuille de route actualisée pour une action mondiale renforcée face aux effets néfastes de la pollution de l'air sur la santé	115
<u>WHA78(27)</u>	Plan d'action mondial sur les changements climatiques et la santé (2025-2028).....	115

Annexes

<u>1.</u>	Accord de l'OMS sur les pandémies	119
<u>2.</u>	Texte amendé du Statut du personnel	151
<u>3.</u>	Processus à suivre pour traiter les éventuelles allégations à l'encontre d'un Directeur général ou d'une Directrice générale de l'OMS, et pour enquêter à leur sujet	153
<u>4.</u>	Procédure pour la correction d'erreurs dans le texte du Règlement sanitaire international (2005)	165
<u>5.</u>	Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions et décisions adoptées par l'Assemblée de la Santé	167

Ordre du jour¹

Séances plénières

1. Ouverture de l'Assemblée de la Santé

- 1.1 Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs
- 1.2 Élection de la présidente ou du président
- 1.3 Élection des cinq vice-président(e)s, élection des président(e)s des commissions principales et constitution du Bureau
- 1.4 Adoption de l'ordre du jour et répartition des points entre les commissions principales

Document A78/1 Rev.1

2. Rapport du Conseil exécutif sur ses cent cinquante-cinquième et cent cinquante-sixième sessions

Document A78/2

3. Allocution du D^r Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général

Document A78/3

4. [Supprimé]

5. [Supprimé]

6. Conseil exécutif : élection

7. Distinctions

Document A78/INF./1

8. Rapports des commissions principales

9. Clôture de l'Assemblée de la Santé

¹ Adopté à la première séance plénière.

Commission A

10. Ouverture des travaux de la Commission¹

Pilier 4 : Une OMS plus efficace et efficiente apportant un meilleur soutien aux pays

11. Le point sur les questions examinées par le Conseil exécutif

11.1 Réforme de la gouvernance

- Plan de mise en œuvre de la réforme établi par le Secrétariat (décision WHA75(8) (2022))

Document A78/4

- Processus à suivre pour traiter les éventuelles allégations à l'encontre d'un Directeur général ou d'une Directrice générale de l'OMS, et pour enquêter à leur sujet (décision WHA77(15) (2024))

Documents A78/5 et A78/39

11.2 Projet de budget programme 2026-2027

Documents A78/6, A78/6 Corr.1, A78/6 Add.1, A78/37 et A78/INF./8

Pilier 1 : Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle

12. Rôle du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles dans les travaux de l'OMS sur la participation des parties prenantes à la lutte contre les maladies non transmissibles : rapport de l'évaluation indépendante

Document A78/INF./2

13. Le point sur les questions examinées par le Conseil exécutif

13.1 Suivi de la déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles

- Réduire la charge des maladies non transmissibles en renforçant la prévention et la maîtrise du diabète (résolution WHA74.4 (2021))
- Santé bucco-dentaire (résolution WHA74.5 (2021))
- Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030 (résolution WHA77.3 (2024) et décision WHA74(14) (2021))

¹ Y compris l'élection des vice-président(e)s et du rapporteur ou de la rapporteuse.

- Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique, et objectifs et cibles qui lui sont associés, pour la période 2020-2030 (résolution WHA73.2 (2020))

Documents A78/4, A78/4 Add.3 et EB156/2025/REC/1, décisions EB156(18), EB156(19), EB156(20), EB156(21) et EB156(22)

13.2 Santé mentale et lien social

Document A78/4

13.3 Couverture sanitaire universelle

- Soins de santé primaires

Documents A78/4 et EB156/2025/REC/1, décisions EB156(14), EB156(15), EB156(16) et EB156(17)

13.4 Maladies transmissibles

Documents A78/4 et EB156/2025/REC/1, décisions EB156(23) et EB156(24)

- Feuille de route mondiale pour vaincre la méningite à l'horizon 2030

Document A78/4

13.5 Produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés

Documents A78/4 et EB156/2025/REC/1, décision EB156(25)

13.6 Standardisation de la nomenclature des dispositifs médicaux

Document A78/4

13.7 Personnels de santé et d'aide à la personne

- Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé

Documents A78/4 et EB156/2025/REC/1, décision EB156(26)

- Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030

Documents A78/4 et EB156/2025/REC/1, décision EB156(27)

13.8 Projet de stratégie mondiale pour la médecine traditionnelle (2025-2034)

Documents A78/4, A78/4 Add.1 et EB156/2025/REC/1, décision EB156(28)

13.9 Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent

Documents A78/4 et EB156/2025/REC/1, décisions EB156(29) et EB156(30)

14. La santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030

Document A78/7 Rev.1

15. Résistance aux antimicrobiens

Documents A78/8 et A78/8 Add.1

Pilier 2 : Un milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire

16. Préparation et riposte aux urgences sanitaires

- 16.1 Renforcement de l'architecture mondiale à l'appui de la préparation, de la riposte et de la résilience face aux urgences sanitaires

Document A78/9

- 16.2 Organe intergouvernemental de négociation chargé de rédiger et de négocier une convention, un accord ou un autre instrument international de l'OMS sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies

Documents A78/10, A78/10 Add.1, A78/10 Add.2 et A78/INF./9

- 16.3 Application du Règlement sanitaire international (2005)

Documents A78/11, A78/INF./6 et A78/INF./7

- 16.4 Comité consultatif de surveillance indépendant du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire

Document A78/12

17. Le point sur les questions examinées par le Conseil exécutif

- 17.1 Action de l'OMS dans les situations d'urgence sanitaire

Documents A78/13 et EB156/2025/REC/1, décision EB156(31)

- 17.2 Mise en œuvre de la résolution WHA75.11 (2022)

Document A78/14

- 17.3 Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est

Documents A78/15 et EB156/2025/REC/1, résolution EB156.R3

- 17.4 Examen universel de l'état de santé et de préparation

Document A78/4

- 17.5 Poliomyélite

Document A78/4

Pilier 3 : Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être

18. Le point sur les questions examinées par le Conseil exécutif

18.1 [transféré à la Commission B]

18.2 [transféré à la Commission B]

18.3 [transféré à la Commission B]

Commission B

19. Ouverture des travaux de la Commission¹

20. Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé

Document A78/16

Pilier 4 : Une OMS plus efficace et efficiente apportant un meilleur soutien aux pays

21. Questions budgétaires et financières

21.1 Rapport sur les résultats 2024 (budget programme 2024-2025 : évaluation de l'exécution) ; rapport financier et états financiers vérifiés pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2024

Documents A78/17, A78/17 Add.1, A78/17 Add.2, A78/18, A78/36 et A78/INF./3

21.2 Financement et exécution du budget programme 2024-2025

Documents A78/19, A78/20, A78/36 et A78/INF./4

21.3 Financement durable : cycle d'investissement de l'OMS

Documents A78/21 et A78/37

21.4 Barème des contributions pour 2026-2027

Documents A78/22 et A78/38

21.5 État du recouvrement des contributions, et notamment celles des États Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution

Documents A78/23 et A78/38

¹ Y compris l'élection des vice-président(e)s et du rapporteur ou de la rapporteuse.

21.6 Dispositions spéciales concernant le règlement des arriérés

Documents A78/35 et A78/38

21.7 [Supprimé]

21.8 [Supprimé]

22. Questions relatives à la vérification des comptes et à la surveillance

22.1 Rapport du Commissaire aux comptes

Documents A78/25 et A78/40

22.2 Rapport du vérificateur intérieur des comptes

Documents A78/26 et A78/40

22.3 Progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations du Commissaire aux comptes et du vérificateur intérieur des comptes

Documents A78/27 et A78/40

23. Questions relatives au personnel

23.1 Ressources humaines : rapport annuel

Documents A78/28 et A78/41

23.2 Amendements au Statut du personnel et au Règlement du personnel

Documents A78/4 et EB156/2025/REC/1, résolutions EB156.R5 et EB156.R6

23.3 Rapport de la Commission de la fonction publique internationale

Document A78/4

23.4 Rapport du Comité mixte de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies

Document A78/29

23.5 Nomination de représentant(e)s au Comité des pensions du personnel de l'OMS

Document A78/30

24. Le point sur les questions examinées par le Conseil exécutif

Questions administratives, juridiques et relatives à la gouvernance

24.1 Prévention de l'exploitation, des abus et du harcèlement sexuels

Document A78/4

24.2 Stratégies ou plans d'action mondiaux dont l'expiration est prévue dans un délai d'un an

- Orientations stratégiques mondiales de l'OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025

Documents A78/4 et EB156/2025/REC/1, résolutions EB156.R5 et EB156.R6

- Stratégie mondiale pour la santé numérique 2020-2025

Documents A78/4 et EB156/2025/REC/1, décision EB156(35)

- Plan mondial d'action de santé publique contre la démence 2017-2025

Documents A78/4 et EB156/2025/REC/1, décision EB156(36)

- Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant 2012-2025

Documents A78/4 et EB156/2025/REC/1, décision EB156(37)

24.3 Règlement sanitaire international (2005) : procédure proposée pour la correction d'erreurs dans le texte de l'instrument

Documents A78/4, A78/INF./5 et EB156/2025/REC/1, décision EB156(38)

25. Transfert de l'Indonésie de la Région de l'Asie du Sud-Est à la Région du Pacifique occidental

Documents A78/31 et A78/31 Add.1

26. Accords avec des organisations intergouvernementales

Document A78/32

27. Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies et avec d'autres organisations intergouvernementales

Documents A78/33 et A78/33 Add.1

28. Questions soumises pour information

28.1 Rapports de situation

Document A78/34 Rev.1

Pilier 1 : Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle

- A. Renforcement des capacités en matière d'outils de diagnostic (résolution WHA76.5 (2023))
- B. [la question concernée devrait être examinée au titre du pilier 3, en tant que rapport O]

- C. Soins d'urgence, soins critiques et soins chirurgicaux intégrés à l'appui de la couverture sanitaire universelle et de la protection contre les urgences sanitaires (résolution WHA76.2 (2023))
- D. Stratégie mondiale de lutte anti-infectieuse (résolution WHA75.13 (2022))
- E. Renforcer la production locale de médicaments et d'autres technologies sanitaires pour en améliorer l'accès (résolution WHA74.6 (2021))
- F. Éradication de la dracunculose (résolution WHA64.16 (2011))
- G. Action mondiale pour la sécurité des patients (résolution WHA72.6 (2019) et décision WHA74(13) (2021))

Pilier 2 : Un milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire

- H. Renforcement de la sécurité biologique en laboratoire (résolution WHA58.29 (2005))
- I. Éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique (résolution WHA60.1 (2007))

Pilier 3 : Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être

- J. Stratégie mondiale de l'OMS dans le domaine de la santé, de l'environnement et des changements climatiques : la transformation nécessaire pour améliorer durablement la vie et le bien-être grâce à des environnements sains (décision WHA74(24) (2021))
- K. Plan d'action sur les changements climatiques et la santé dans les petits États insulaires en développement (décision WHA72(10) (2019))
- L. Les sciences comportementales au service de la santé (résolution WHA76.7 (2023))
- M. Action accélérée pour la prévention de la noyade au niveau mondial (résolution WHA76.18 (2023))
- N. Plan d'action mondial de l'OMS visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants (résolution WHA69.5 (2016)) et Mettre fin à la violence à l'égard des enfants grâce au renforcement des systèmes de santé et à des approches multisectorielles (résolution WHA74.17 (2021))
- O. Plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir la santé des réfugiés et des migrants, 2019-2030 (résolution WHA76.14 (2023))

18. Le point sur les questions examinées par le Conseil exécutif

18.1 Incidence des produits chimiques, des déchets et de la pollution sur la santé humaine

Documents A78/4 et EB156/2025/REC/1, décision EB156(32)

18.2 Feuille de route actualisée pour une action mondiale renforcée face aux effets néfastes de la pollution de l'air sur la santé

Documents A78/4 et EB156/2025/REC/1, décision EB156(33)

18.3 Changements climatiques et santé

Documents A78/4, A78/4 Add.2, A78/4 Add.4 et EB156/2025/REC/1, décision EB156(40)

Liste des documents

A78/1 Rev.2	Ordre du jour ¹
A78/1 Rev.1 Add.1	Proposition de point supplémentaire de l'ordre du jour
A78/2	Rapport du Conseil exécutif sur ses cent cinquante-cinquième et cent cinquante-sixième sessions
A78/3	Allocution du D ^r Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général
A78/4	Rapport de synthèse du Directeur général ²
A78/4 Add.1	Projet de stratégie mondiale pour la médecine traditionnelle (2025-2034)
A78/4 Add.2	Changements climatiques et santé Projet de plan d'action mondial sur les changements climatiques et la santé
A78/4 Add.3 et Add.4	Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les décisions proposées à l'Assemblée de la Santé pour adoption ³
A78/5	Réforme de la gouvernance Processus à suivre pour traiter les éventuelles allégations à l'encontre d'un Directeur général ou d'une Directrice générale de l'OMS, et pour enquêter à leur sujet (décision WHA77(15) (2024)) ⁴
A78/5 Add.1	Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les décisions proposées à l'Assemblée de la Santé pour adoption ²
A78/6 et A78/6 Corr.1	Projet de budget programme 2026-2027
A78/6 Add.1	Projet de résolution : budget programme 2026-2027

¹ Voir la page ix.

² Voir l'annexe 2.

³ Voir l'annexe 5.

⁴ Voir l'annexe 3.

A78/7 Rev.1	La santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030
A78/8	Résistance aux antimicrobiens
A78/8 Add.1	Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les décisions proposées à l'Assemblée de la Santé pour adoption ¹
A78/9	Préparation et riposte aux urgences sanitaires Renforcement de l'architecture mondiale à l'appui de la préparation, de la riposte et de la résilience face aux urgences sanitaires
A78/10	Organe intergouvernemental de négociation chargé de rédiger et de négocier une convention, un accord ou un autre instrument international de l'OMS sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies ²
A78/10 Add.1	Résultats des consultations informelles des États Membres Projet de résolution portant adoption de l'Accord de l'OMS sur les pandémies
A78/10 Add.2	Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées à l'Assemblée de la Santé pour adoption ³
A78/11	Application du Règlement sanitaire international (2005)
A78/12	Préparation et riposte aux urgences sanitaires Comité consultatif de surveillance indépendant du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire
A78/13	Action de l'OMS dans les situations d'urgence sanitaire Point sur la riposte aux principales urgences sanitaires en cours
A78/14	Mise en œuvre de la résolution WHA75.11 (2022)
A78/15	Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est
A78/16	Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé
A78/17	Rapport sur les résultats 2024 ; rapport financier et états financiers vérifiés pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2024 Rapport sur les résultats 2024 (budget programme 2024-2025 : évaluation de l'exécution)

¹ Voir l'annexe 2.

² Voir l'annexe 1.

³ Voir l'annexe 5.

A78/17 Add.1	Projet de décision : rapport sur les résultats 2024 (budget programme 2024-2025 : évaluation de l'exécution) ; rapport financier et états financiers vérifiés pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2024
A78/17 Add.2	Projet de décision : suspension partielle et temporaire de l'application de l'article VIII (8.2) du Règlement financier
A78/18	États financiers vérifiés pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2024
A78/19	Financement et exécution du budget programme 2024-2025
A78/20	Financement et exécution du budget programme 2024-2025 Compte rendu des gains d'efficience opérationnelle
A78/21	Financement durable : cycle d'investissement de l'OMS
A78/22	Barème des contributions pour 2026-2027
A78/23	État du recouvrement des contributions, et notamment celles des États Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution
A78/25	Rapport du Commissaire aux comptes
A78/26	Rapport du vérificateur intérieur des comptes
A78/27	Progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations du Commissaire aux comptes et du vérificateur intérieur des comptes
A78/28	Ressources humaines : rapport annuel
A78/29	Rapport du Comité mixte de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies
A78/30	Nomination de représentant(e)s au Comité des pensions du personnel de l'OMS
A78/31	Transfert de l'Indonésie de la Région de l'Asie du Sud-Est à la Région du Pacifique occidental
A78/31 Add.1	Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées à l'Assemblée de la Santé pour adoption ¹
A78/32	Accords avec des organisations intergouvernementales Accord entre l'Organisation mondiale de la Santé et l'Organisation de coopération et de développement économiques

¹ Voir l'annexe 5.

A78/33 et A78/33 Add.1	Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies et avec d'autres organisations intergouvernementales
A78/34 Rev.1	Rapports de situation
A78/35	Dispositions spéciales concernant le règlement des arriérés Liban
A78/36	Rapport sur les résultats 2024 (budget programme 2024-2025 : évaluation de l'exécution) ; rapport financier et états financiers vérifiés pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2024 Financement et exécution du budget programme 2024-2025 Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé
A78/37	Projet de budget programme 2026-2027 Financement durable : cycle d'investissement de l'OMS Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé
A78/38	Barème des contributions pour 2026-2027 État du recouvrement des contributions, et notamment celles des États Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution Dispositions spéciales concernant le règlement des arriérés Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé
A78/39	Réforme de la gouvernance Processus à suivre pour traiter les éventuelles allégations à l'encontre d'un Directeur général ou d'une Directrice générale de l'OMS, et pour enquêter à leur sujet (décision WHA77(15) (2024)) Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé
A78/40	Rapport du Commissaire aux comptes Rapport du vérificateur intérieur des comptes Progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations du Commissaire aux comptes et du vérificateur intérieur des comptes Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé
A78/41	Ressources humaines : rapport annuel Rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé

A78/42	Premier rapport de la Commission A (Projet)
A78/43	Commission de vérification des pouvoirs
A78/44	Deuxième rapport de la Commission A (Projet)
A78/45	Premier rapport de la Commission B (Projet)
A78/46	Élection de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif
A78/47	Deuxième rapport de la Commission B (Projet)
A78/48	Troisième rapport de la Commission A (Projet)
A78/49	Troisième rapport de la Commission B (Projet)
A78/50	Quatrième rapport de la Commission A (Projet)
A78/51	Cinquième rapport de la Commission A (Projet)
A78/52	Quatrième rapport de la Commission B (Projet)
A78/53	Sixième rapport de la Commission A (Projet)
A78/54	Septième rapport de la Commission A (Projet)
A78/55	Cinquième rapport de la Commission B (Projet)

Documents d'information

A78/INF./1	Distinctions
A78/INF./2	Rôle du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les maladies non transmissibles dans les travaux de l'OMS sur la participation des parties prenantes à la lutte contre les maladies non transmissibles : rapport de l'évaluation indépendante
A78/INF./3	Contributions volontaires par fonds et par contributeur pour 2024
A78/INF./4	Financement et exécution du budget programme 2024-2025 Présence de l'OMS dans les pays, territoires et zones
A78/INF./5	Règlement sanitaire international (2005) : procédure proposée pour la correction d'erreurs dans le texte de l'instrument ¹
A78/INF./6	Application du Règlement sanitaire international (2005) Prolongation des recommandations permanentes relatives à la mpox
A78/INF./7	Application du Règlement sanitaire international (2005) Prolongation des recommandations permanentes relatives à la COVID-19

¹ Voir l'annexe 4.

A78/INF./8 Programme général de travail, 2025-2028 : valeurs de référence et cibles pour les indicateurs de résultats et de produits

A78/INF./9 Accord de l'OMS sur les pandémies : questions de procédure

Documents divers

A78/DIV./1 Rev.1 Liste des délégués et autres participants

A78/DIV./2 Guide à l'usage des délégations participant à la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé

A78/DIV./3 Liste des décisions et résolutions

A78/DIV./4 Liste des documents

Présidence et secrétariat de l'Assemblée de la Santé et composition de ses commissions¹

Président

D^r Teodoro HERBOSA (Philippines)

Vice-Présidentes et Vice-Présidents

Professeur D^r Md. Sayedur RAHMAN (Bangladesh)

M. Jaime Hernán URREGO RODRÍGUEZ (Colombie)

D^{re} Louise MAPLEH KPOTO (Libéria)

D^{re} Judit BIDLO (Hongrie)

D^{re} Jalila bint AL SAYYED JAWAD HASSAN (Bahreïn)

Secrétaire

D^r Tedros Adhanom GHEBREYESUS,

Directeur général

Commission de vérification des pouvoirs

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a nommé une Commission de vérification des pouvoirs comprenant les délégués des 12 États Membres suivants : Cambodge, Fidji, Géorgie, Honduras, Irlande, Malawi, Maldives, Mauritanie, Pérou, Qatar, Tchad, Turkménistan.

Présidente : M^{me} Elena JABLONICKA (Slovaquie)

Vice-Président : M. Orgil BURENTUVSHIN (Mongolie)

Secrétaire : M. Xavier DANEY, juriste principal

Bureau de l'Assemblée

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a élu les délégués des 17 États Membres suivants en tant que membres du Bureau de l'Assemblée : Bahamas, Bhoutan, Cameroun, Chine, Cuba, Danemark, Équateur, Éthiopie, France, Gambie, Libéria, Libye, Malaisie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Soudan, Tadjikistan, Uruguay.

Président : D^r Teodoro HERBOSA (Philippines)

Secrétaire : D^r Tedros Adhanom GHEBREYESUS,
Directeur général

Commissions principales

Conformément à l'article 34 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, chaque délégation a le droit de se faire représenter par un de ses membres à chacune des commissions principales.

Commission A

Présidente : D^{re} Esperance LUVINDAO (Namibie)

Vice-Présidents : D^r Salih AL HASNAWI (Iraq)

M. Raynold B. OILOUCH (Palaos)

Rapporteuse : M^{me} Christy BUTLER (Bahamas)

Co-Secrétaires : D^r Carmen SAVELLI, Spécialiste technique, Surveillance de la sécurité sanitaire des aliments

M^{me} Claudia NANNEI, Administratrice principale de programme, Groupement pour l'accès aux technologies de santé et transfert de la technologie à ARNm

Commission B

Présidente : M^{me} Katarzyna DRAŹEK-LASKOWSKA (Pologne)

Vice-Présidentes et Vice-Présidents :

D^{re} Reina ROA (Panama)

M. Narciso FERNANDES (Timor-Leste)

Rapporteur : D^r Abdulrahman ALQASHAAN (Koweït)

Co-Secrétaire : M. Bashier ENOOS, Administrateur technique, Services intégrés pour les maladies non transmissibles

M^{me} Ivana MILOVANOVIC, Responsable principale des politiques, Bureau de l'Envoyé du Directeur général pour les affaires multilatérales

Représentants du Conseil exécutif

M. Abdulla Nazim IBRAHIM (Maldives)

M. Marcus SAMO (États fédérés de Micronésie)

¹ En outre, la liste des délégués et autres participants figure dans le document A78/DIV./1 Rev.1.

Résolutions et décisions

Résolutions

WHA78.1 Accord de l'OMS sur les pandémies¹

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant les décisions SSA2(5) (2021) et WHA77(20) (2024), dans lesquelles l'Assemblée mondiale de la Santé, consciente de la nécessité de combler les lacunes en matière de prévention, de préparation et de riposte face aux situations d'urgence sanitaire, notamment, a établi l'organe intergouvernemental de négociation chargé de rédiger et de négocier une convention, un accord ou un autre instrument international de l'OMS sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies (l'organe intergouvernemental de négociation), aux fins d'adoption en application de l'article 19 ou d'autres dispositions de la Constitution de l'OMS ;

Saluant le travail accompli par l'organe intergouvernemental de négociation, y compris les résultats obtenus, tels qu'ils sont présentés dans le document A78/10, et remerciant le Bureau du rôle de chef de file qu'il a joué ;

Réaffirmant la nécessité d'un instrument international juridiquement contraignant sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies, conformément aux décisions SSA2(5) et WHA77(20) ;

Soulignant le rôle que joue le Règlement sanitaire international (2005), adopté par la résolution WHA58.3 (2005), puis modifié par les résolutions WHA67.13 (2014), WHA75.12 (2022) et WHA77.17 (2024), en matière de prévention, de préparation et de riposte face aux pandémies, et la nécessité d'assurer la cohérence et la complémentarité de la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) et de l'Accord de l'OMS sur les pandémies ;

Consciente de la menace constante que font peser les agents pathogènes à potentiel pandémique, qui suppose d'améliorer la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies et d'éviter de prendre des mesures qui nuisent à ces activités,

1. ADOPTE, conformément à l'article 19 de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, l'Accord de l'OMS sur les pandémies, tel qu'il figure à l'annexe 1 du présent document ;
2. RECONNAÎT que l'adoption de l'Accord de l'OMS sur les pandémies par l'Assemblée de la Santé ne porte pas atteinte à la prérogative souveraine de chaque État d'examiner l'Accord conformément à ses règles constitutionnelles ;
3. NOTE, conformément à l'article 31 de l'Accord de l'OMS sur les pandémies, que celui-ci sera ouvert à la signature après l'adoption de l'annexe décrite à l'article 12 de l'Accord par l'Assemblée de la Santé, au Siège de l'Organisation mondiale de la Santé à Genève, puis au Siège de l'Organisation des Nations Unies à New York, à des dates que l'Assemblée de la Santé fixera ;

¹ Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

4. INVITE tous les États et les organisations d'intégration économique régionale habilités à le faire à envisager de signer, de ratifier, d'accepter, d'approuver ou de confirmer formellement l'Accord de l'OMS sur les pandémies ou d'y adhérer le plus rapidement possible conformément aux articles 31 et 32 de l'Accord, afin que celui-ci, y compris l'annexe décrite à l'article 12, puisse entrer en vigueur dans les meilleurs délais ;
5. PRIE INSTAMMENT tous les États et les organisations d'intégration économique régionale de prendre toutes les mesures appropriées, en attendant l'entrée en vigueur de l'Accord de l'OMS sur les pandémies, pour promouvoir son objectif et sa mise en œuvre ultérieure, en se fondant sur l'équité et le principe de solidarité avec tous les peuples et tous les pays dans le contexte des situations d'urgence sanitaire, afin de prévenir les urgences dues à une pandémie et les urgences de santé publique de portée internationale, de s'y préparer et d'y riposter ;
6. PRIE INSTAMMENT tous les États et les organisations d'intégration économique régionale, dans le cas où une urgence due à une pandémie serait constatée avant l'entrée en vigueur de l'Accord de l'OMS sur les pandémies, de prendre des mesures rapidement et à titre volontaire, conformément aux dispositions pertinentes de l'Accord, sachant que l'adoption de ces mesures ne saurait préjuger de la position d'un quelconque État ou d'une quelconque organisation d'intégration économique régionale à l'égard de l'Accord de l'OMS sur les pandémies ;
7. PRIE INSTAMMENT tous les États Membres, les organisations d'intégration économique régionale, les observateurs et les parties concernées d'appuyer les activités préparatoires visées dans la présente résolution et d'encourager effectivement une entrée en vigueur et une mise en œuvre rapides de l'Accord de l'OMS sur les pandémies ;
8. INVITE l'Organisation des Nations Unies et les autres organisations internationales compétentes à continuer d'apporter leur soutien au renforcement de la prévention, de la préparation et de la riposte face aux pandémies ;
9. DÉCIDE, conformément à l'article 41 de son Règlement intérieur, d'instituer un groupe de travail intergouvernemental à composition non limitée chargé des tâches suivantes :
 - 1) à titre prioritaire, rédiger et négocier l'annexe à l'Accord de l'OMS sur les pandémies décrite à l'article 12 de l'Accord et soumettre les résultats de ces travaux à l'examen de la Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, puis faciliter, selon que de besoin, les activités liées à l'adoption de ladite annexe et à l'ouverture à la signature, à la ratification, à l'acceptation, à l'approbation, à l'adhésion ou à la confirmation formelle de l'Accord de l'OMS sur les pandémies ;
 - 2) une fois achevées les activités décrites au paragraphe 1 ci-dessus, mener des travaux préparatoires sur les points suivants de l'Accord de l'OMS sur les pandémies, pour examen, le cas échéant, par la Conférence des Parties :
 - a) le Règlement intérieur de la Conférence des Parties et les critères de participation des observateurs à ses débats ;
 - b) les règles financières de la Conférence des Parties et de tout organe subsidiaire qu'elle pourrait créer ;
 - c) un projet de budget pour le premier exercice financier ;

- d) la structure, les fonctions et les modalités du réseau mondial de chaîne d'approvisionnement et de logistique visé à l'article 13 de l'Accord de l'OMS sur les pandémies ;
- e) les informations requises dans les rapports exigés en vertu de l'article 21.1 sur la mise en œuvre de l'Accord de l'OMS sur les pandémies, y compris les dispositions de l'article 11.1 a), ainsi que la fréquence et la forme de ces rapports ;
- f) le mécanisme visé aux articles 19.5 et 19.6 de l'Accord de l'OMS sur les pandémies visant à faciliter et à renforcer la mise en œuvre effective des dispositions de l'Accord, y compris son règlement intérieur/mandat ;

3) élaborer une proposition énonçant le mandat du Mécanisme de coordination financière, tel que décrit à l'article 18 de l'Accord de l'OMS sur les pandémies, ainsi que ses modalités de mise en service et de gouvernance dans le cadre de la mise en œuvre de l'Accord, pour examen par la Conférence des Parties, et à cet égard coopérer avec le Comité des États Parties pour l'application du Règlement sanitaire international (2005) visé à l'article 54 *bis* du Règlement dans le cadre des travaux préparatoires ;

4) selon que de besoin, superviser d'autres préparatifs de la première session de la Conférence des Parties et en rendre compte directement à celle-ci ;

10. DÉCIDE EN OUTRE que le groupe de travail intergouvernemental tiendra au plus tard le 15 juillet 2025 sa réunion d'organisation, afin d'élire six membres du bureau chargés à parts égales de faciliter ses travaux, à savoir deux personnes occupant la coprésidence et quatre personnes assurant la vice-présidence, une par Région de l'OMS, étant entendu que les deux coprésident(e)s, chargés de piloter le processus, reflètent un équilibre entre les pays développés et les pays en développement, et afin d'approuver ses méthodes et son programme de travail ; sera ouvert à l'ensemble des États et organisations d'intégration économique régionale visés à l'article 32 de l'Accord de l'OMS sur les pandémies ; suivra les modalités de collaboration applicables aux parties prenantes concernées de l'organe intergouvernemental de négociation ; et conclura ses travaux avant la première session de la Conférence des Parties ;

11. INVITE l'ensemble des États et des organisations d'intégration économique régionale visées à l'article 32 de l'Accord de l'OMS sur les pandémies à soumettre des propositions initiales de texte, conformément aux dispositions de l'article 12 de l'Accord, en vue de l'élaboration du projet d'annexe à l'Accord sur les pandémies décrite à l'article 12 susmentionné avant la deuxième réunion du groupe de travail intergouvernemental ou suivant la décision du groupe de travail intergouvernemental lors de sa réunion d'organisation, toutes ces propositions devant être rendues publiques par le Directeur général, à moins que l'auteur d'une proposition demande qu'il en soit autrement concernant sa proposition ;

12. RÉAFFIRME le caractère inclusif et dirigé par les États Membres du processus de rédaction de l'annexe décrite à l'article 12 de l'Accord de l'OMS sur les pandémies, et décide en outre que le groupe de travail intergouvernemental pourra demander à des expertes et experts de faire part de leurs conseils et contributions techniques, en tant que de besoin ;

13. CONSIDÈRE qu'aux fins de l'article 4.6 et de l'article 5.3 de l'Accord de l'OMS sur les pandémies, les « autres organisations intergouvernementales compétentes » comprennent, entre autres, les organisations suivantes : le Programme des Nations Unies pour l'environnement, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, et l'Organisation mondiale de la santé animale ;

14. RÉAFFIRME que les États ont des droits souverains sur leurs ressources biologiques, de même que le droit souverain de légiférer et d'appliquer des lois, y compris des législations nationales relatives à l'accès et au partage des avantages ;

15. PRIE le Directeur général :

- 1) de garantir l'uniformité des textes en anglais, en arabe, en chinois, en espagnol, en français et en russe de l'Accord de l'OMS sur les pandémies, en permettant aux États Membres d'examiner ces textes et de donner des avis sur leur conformité et leur exactitude ;
- 2) de fournir au groupe de travail intergouvernemental les services et moyens dont il a besoin pour s'acquitter de sa mission, y compris des informations et des conseils complets, pertinents et opportuns ;
- 3) de convoquer la réunion d'organisation du groupe de travail intergouvernemental au plus tard le 15 juillet 2025 ;
- 4) d'organiser les travaux techniques afin de mettre à la disposition du groupe de travail intergouvernemental dirigé par les États Membres les conseils et contributions techniques décrits au paragraphe 12, en faisant appel à des expertes et experts, dans le respect du Règlement applicable aux tableaux et comités d'experts de l'OMS, et en particulier des principes énoncés à l'article 4.2, dans les domaines évoqués à l'article 12 de l'Accord de l'OMS sur les pandémies, en vue d'informer et d'appuyer les travaux du groupe de travail intergouvernemental, pour examen par celui-ci, et de rendre publics ces conseils et contributions techniques ;
- 5) de prendre les mesures voulues pour apporter un soutien aux États Membres, et en particulier aux pays en développement, en vue de l'entrée en vigueur de l'Accord de l'OMS sur les pandémies ;
- 6) de lancer, en vue d'une mise en œuvre rapide de l'Accord de l'OMS sur les pandémies, des activités préparatoires sur les questions qui concernent le Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé ou qui relèvent de sa responsabilité dans l'Accord de l'OMS sur les pandémies, de manière progressive, selon qu'il conviendra, sous réserve de la disponibilité de ressources et sans préjudice des travaux futurs de la Conférence des Parties ;
- 7) de tenir l'Assemblée de la Santé informée des progrès réalisés en vue de l'entrée en vigueur de l'Accord ainsi que des préparatifs de la première session de la Conférence des Parties, le premier rapport devant être présenté à la Quatre-Vingtième Assemblée mondiale de la Santé ;
- 8) d'inviter la Conférence des Parties à charger le Secrétariat de présenter un rapport sur les conclusions de chacune des futures sessions de la Conférence à la session suivante de l'Assemblée de la Santé, à titre d'information ;
- 9) de présenter régulièrement à la Conférence des Parties à l'Accord de l'OMS sur les pandémies des rapports sur les résolutions et les décisions de l'Assemblée de la Santé qui intéressent la mise en œuvre de l'Accord ;

10) de formuler, en étroite collaboration avec l'ensemble des États, des organisations d'intégration économique régionale, des parties prenantes concernées et des organisations intergouvernementales, selon qu'il convient, des recommandations ou d'autres avis non contraignants, et de mettre en place au besoin un soutien aux politiques de gestion des risques juridiques liés aux nouveaux vaccins antipandémiques en cas d'urgence due à une pandémie, en particulier dans les situations de crise humanitaire, et de faire rapport à la Quatre-Vingtième Assemblée mondiale de la Santé pour examen et orientation.

(Troisième séance plénière, 20 mai 2025 –
Commission A, premier rapport)

WHA78.2 Budget programme 2026-2027

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le projet de budget programme 2026-2027 ;²

Ayant pris note du rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé ;³

Notant que le projet de budget programme 2026-2027 est le premier budget programme établi conformément au quatorzième programme général de travail, 2025-2028 ;

Sachant que le projet de budget programme 2026-2027 repose sur des priorités définies au niveau des pays, des Régions et du Siège, compte tenu des contraintes financières et économiques actuelles ;

Mesurant la nécessité de donner suite au processus d'établissement des priorités en harmonisant les programmes et les investissements connexes aux trois niveaux de l'Organisation, afin que le budget programme réponde aux besoins des États Membres ;

Soulignant qu'il reste important d'investir pour sauvegarder et privilégier les fonctions essentielles, la responsabilisation et les capacités des pays ;

Saluant les efforts soutenus consacrés au renforcement de la transparence, de la responsabilisation et de la conformité, ainsi que les possibilités de gains d'efficience, pour obtenir un retour sur investissement maximal et gérer l'impact à l'échelle de l'ensemble de l'Organisation, et sachant qu'il importe d'allouer de manière équitable des fonds suffisants et durables pour les fonctions d'appui dans tous les bureaux principaux ;

Réaffirmant l'engagement total et constant de l'OMS à mettre en œuvre la réforme du système des Nations Unies pour le développement, et le travail qu'elle mène pour soutenir les efforts déployés par les pays en vue d'atteindre tous les objectifs de développement durable liés à la santé, et reconnaissant son rôle d'autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international ;

Rappelant que l'allocation de ressources financières doit aller de pair avec un suivi régulier de résultats mesurables ;

Sachant que la mise en œuvre des actions que le Directeur général est prié d'engager en application des résolutions et décisions, y compris, mais pas uniquement, celles adoptées par

² Document A78/6.

³ Document A78/37.

la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, dépendra de l'exécution du budget programme 2026-2027, sans préjudice de la possibilité de mener ces actions à des fins de sensibilisation et de promotion et pour poursuivre les activités en cours ;

Insistant à nouveau sur la nécessité de garantir la solidité d'une OMS qui assumera le rôle de chef de file mondial en matière de santé publique en ce qui concerne le travail de fond qui doit être mené en toutes circonstances à l'appui de l'objectif de l'Organisation visant à amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible ;

Rappelant la décision WHA75(8) (2022), par laquelle l'Assemblée de la Santé a adopté les recommandations du Groupe de travail sur le financement durable,⁴ et faisant mention particulière du paragraphe 39.e) de ces recommandations,

1. APPROUVE le programme de travail tel qu'il est présenté dans le projet de budget programme 2026-2027, tout en prenant note des informations d'ordre général sur l'établissement des priorités mentionnées sur la plateforme numérique consacrée au budget programme ;⁵

2. APPROUVE ÉGALEMENT le budget pour l'exercice 2026-2027, toutes sources de fonds confondues (contributions fixées et contributions volontaires), pour un montant total de 6,2067 milliards de dollars des États-Unis (USD) ;

3. ALLOUE le budget pour l'exercice 2026-2027 conformément aux objectifs du quatorzième programme général de travail, 2025-2028 comme suit :

- 1) promouvoir la santé,⁶ 399,9 millions USD ;
- 2) garantir la santé,⁷ 1,7878 milliard USD ;
- 3) protéger la santé,⁸ 918,5 millions USD ;
- 4) porter le programme d'action mondial en faveur de la santé,⁹ 577,2 millions USD ;
- 5) optimiser la performance de l'OMS,¹⁰ 583,7 millions USD ;

Total du segment de base : 4,2671 milliards USD ;

Autres secteurs :

- éradication de la poliomyélite (770,9 millions USD) ;
- programmes spéciaux (168,7 millions USD) ;
- opérations d'urgence et appels (1 milliard USD), secteur pour lequel le budget à prévoir, étant donné que les activités concernées sont fonction des événements, est estimatif et peut être revu à la hausse, si nécessaire ;

⁴ Document A75/9, appendice 2.

⁵ [Plateforme numérique consacrée au budget programme](#) (consulté le 4 mai 2025).

⁶ Objectifs stratégiques 1 et 2, résultats 1.1 à 2.3.

⁷ Objectifs stratégiques 3 et 4, résultats 3.1 à 4.3.

⁸ Objectifs stratégiques 5 et 6, résultats 5.1 à 6.2.

⁹ Résultats institutionnels 1 et 2.

¹⁰ Résultat institutionnel 3.

4. DÉCIDE que le budget sera financé comme suit :

- par les contributions fixées nettes des États Membres ajustées en fonction de l'estimation des recettes non fixées provenant des États Membres (1,3779 milliard USD au total),¹¹ provisoirement réduites de 311,1 millions USD, pour tenir compte, sans en préjuger, du retrait de l'Organisation mondiale de la Santé notifié par les États-Unis d'Amérique, ce qui porte à 1,0668 milliard USD le montant total des contributions fixées disponibles pour l'exécution ;
- par les contributions volontaires, pour un total de 5,1399 milliards USD ;

5. DÉCIDE ÉGALEMENT que, dans le calcul du montant brut de la contribution fixée pour chaque État Membre, sera déduit le montant de son crédit au fonds de péréquation des impôts ; que cette réduction sera ajustée dans le cas des Membres qui imposent les fonctionnaires de l'OMS sur les émoluments versés par l'Organisation, impôts que l'Organisation rembourse auxdits fonctionnaires ; et que le montant de ces remboursements d'impôts est estimé à 8 millions USD, la contribution des Membres s'élevant donc au total à 1,3859 milliard USD ;

6. DÉCIDE par ailleurs que le fonds de roulement sera maintenu à son niveau actuel de 31,0 millions USD ;

7. AUTORISE le Directeur général à utiliser les contributions fixées ainsi que les contributions volontaires, sous réserve des ressources disponibles, pour financer le budget tel qu'alloué au paragraphe 3, à concurrence des montants approuvés ;

8. AUTORISE EN OUTRE le Directeur général à opérer, si nécessaire, des virements entre les cinq buts cités plus haut pour un montant maximum de 5 % des crédits alloués à la priorité stratégique à partir de laquelle le virement est effectué. Il sera rendu compte de tout virement de ce type dans les rapports à soumettre aux organes directeurs concernés ;

9. AUTORISE EN OUTRE le Directeur général à engager, si nécessaire, des dépenses supplémentaires au titre du secteur des opérations d'urgence et des appels, en fonction des ressources disponibles ;

10. AUTORISE EN OUTRE le Directeur général à engager, si nécessaire, des dépenses dans les composantes du budget « programmes spéciaux » et « éradication de la poliomyélite » au-delà du montant alloué à celles-ci, compte tenu des mécanismes supplémentaires de gouvernance et de mobilisation de ressources ainsi que du cycle budgétaire correspondant au budget annuel et/ou biennal de ces programmes spéciaux, en fonction des ressources disponibles ;

11. PRIE le Directeur général :

- 1) de présenter à l'Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif et de son Comité du programme, du budget et de l'administration, des rapports réguliers sur le financement et l'exécution du budget tel qu'il est présenté dans le document A78/6, en mettant l'accent sur les dépenses au titre des contributions fixées, ainsi que des perspectives sur le financement de l'Organisation et les résultats de la stratégie de mobilisation coordonnée des ressources ;

¹¹ Conformément à la décision WHA75(8), la proposition de budget a été élaborée en prévoyant une augmentation ciblée de 20 % du barème des contributions fixées pour l'exercice biennal 2023-2024.

- 2) de présenter des rapports annuels sur l'état d'avancement du cadre de résultats du quatorzième programme général de travail, 2025-2028, désagregés pour les trois niveaux de l'OMS, en mettant l'accent sur les contributions mesurables du Secrétariat à l'obtention des résultats et des impacts sanitaires, dont la mesure se fera par l'intermédiaire des indicateurs de produits ;
- 3) de maîtriser les coûts et de chercher des gains d'efficience à l'échelle de l'Organisation, et de soumettre des rapports réguliers au Conseil exécutif et à son Comité du programme, du budget et de l'administration avec des informations détaillées sur ces économies et les gains d'efficience généraux, ainsi qu'une estimation des économies réalisées ;
- 4) de rendre régulièrement compte à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif et de son Comité du programme, du budget et de l'administration ainsi que dans le cadre de séances d'information trimestrielles, des progrès accomplis dans la mise en œuvre des prestations budgétaires, programmatiques, financières, de gouvernance et de responsabilité définies dans le Plan de mise en œuvre de la réforme établi par le Secrétariat.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission A, deuxième rapport)

WHA78.3 Renforcer les bases factuelles pour les mesures sociales et de santé publique¹²

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général ;¹³

Notant que les mesures sociales et de santé publique désignent les mesures non pharmaceutiques appliquées par les individus, les communautés, les gouvernements et les institutions afin de réduire le risque de transmission de maladies infectieuses à potentiel épidémique et pandémique et l'ampleur de cette transmission ;

Prenant acte de la pertinence des mesures sociales et de santé publique au regard du Règlement sanitaire international (2005), dont les amendements ont été adoptés par la résolution WHA77.17 (2024) ;

Rappelant les recommandations temporaires du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) sur la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), adressées aux États Parties par le Directeur général et portant, entre autres, sur l'application continue de mesures sociales et de santé publique fondées sur des données concrètes et les risques ; et rappelant les recommandations temporaires du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) sur la recrudescence de la variole simienne (mpox) en 2024, adressées aux États Parties, tendant à combler les lacunes en matière de recherche et à produire des données probantes, y compris concernant l'efficacité des interventions de santé publique ;

Rappelant également la résolution WHA58.5 (2005) visant à renforcer la préparation et l'action face à la pandémie de grippe, dans laquelle l'Assemblée de la Santé prie les États Membres de tirer efficacement parti de mesures sociales et de santé publique appropriées et efficaces susceptibles de protéger le grand public contre le virus de la grippe ;

¹² Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

¹³ Document A78/13.

Sachant combien les mesures sociales et de santé publique sont importantes pour prévenir et combattre les maladies infectieuses, en particulier celles à potentiel épidémique ou pandémique ; et sachant également que ces mesures sont les premières – et parfois les seules – interventions disponibles et que des mesures sociales et de santé publique appropriées sont indispensables tout au long d’une épidémie ou d’une pandémie ;

Notant qu’il peut être difficile de prévoir qui sera le plus exposé au risque de conséquences sanitaires et socioéconomiques néfastes lors des futures épidémies et pandémies, ainsi qu’aux effets défavorables éventuels des mesures sociales et de santé publique, et que la mise en place de bases factuelles plus solides pour étayer ces mesures peut contribuer à améliorer la compréhension et à mieux orienter les approches visant à réduire au minimum ces conséquences néfastes ;

Sachant qu’en dépit du rôle essentiel des mesures sociales et de santé publique pour prévenir et combattre les épidémies et les pandémies, on manque de travaux de recherche approfondis et de données détaillées sur leur efficacité et leur impact ;

Sachant combien il est important d’élargir les bases factuelles afin de guider la mise en œuvre de mesures sociales et de santé publique qui soient ciblées, efficaces, appropriées, équitables, adaptées aux contextes locaux et proportionnées au type, à l’ampleur et à la gravité des différents risques et dangers, et qui visent à accroître au maximum les avantages pour la santé publique tout en réduisant au minimum leurs conséquences néfastes ;

Sachant également qu’il importe de mieux comprendre les moteurs et les freins, y compris les facteurs comportementaux, qui entravent ou favorisent la mise en œuvre nationale des mesures sociales et de santé publique et l’adhésion des communautés et des individus à celles-ci, par des moyens tels que la participation sociale, une communication efficace sur les risques, la mobilisation communautaire et la gestion de l’infodémie ;

Compte tenu des difficultés inhérentes à la conduite de travaux de recherche sur les mesures sociales et de santé publique, imputables à la complexité et au caractère plurisectoriel de ces mesures, et sachant qu’au niveau national, les cadres juridiques et liés à la recherche et à l’éthique ne recouvrent pas nécessairement les travaux de recherche sur les mesures sociales et de santé publique ;

Rappelant la résolution WHA58.34 (2005) sur le Sommet ministériel sur la recherche en santé, dans laquelle l’Assemblée de la Santé considère qu’une recherche éthique de grande qualité et l’acquisition et l’application des connaissances sont essentielles pour réaliser les objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, et la résolution WHA63.21 (2010), qui expose le rôle et les responsabilités de l’OMS dans la recherche en santé ;

Rappelant également la résolution WHA74.7 (2021) sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l’OMS aux urgences sanitaires, dans laquelle l’Assemblée de la Santé prie notamment le Directeur général, en concertation avec les États Membres, d’élaborer un cadre mondial pour produire, suivre, comparer et évaluer les travaux de recherche et les politiques sur la santé publique et les interventions sociales et d’évaluer leurs répercussions plus larges afin d’exploiter les connaissances et les savoir-faire disponibles dans le monde entier et de transposer les données factuelles en politiques efficaces applicables aux situations d’urgence sanitaire et à la préparation ;

Sachant que la recherche sur les mesures sociales et de santé publique doit être bien conçue, rigoureuse sur le plan méthodologique et correctement mise en œuvre, conformément aux règles éthiques applicables et compte tenu des sensibilités sociales et culturelles ; et que de tels travaux de recherche auraient à tirer profit d’écosystèmes de santé numériques appropriés et robustes qui soient conformes aux cadres juridiques applicables et facilitent la fluidité des échanges de données et leur compatibilité ainsi que l’intégration et l’application à l’échelle des différents systèmes de santé ;

Notant également que les travaux de recherche et les évaluations portant sur les mesures sociales et de santé publique sont sans doute les plus instructives et les plus propices à une mise en œuvre équitable et efficace lorsqu'elles sont menées dans des contextes diversifiés, dans des pays appartenant à tous les niveaux de revenus, et lorsqu'ils incluent des participantes et participants issus des populations ciblées par l'intervention en question, y compris des populations sous-représentées et d'origines culturelles diverses ;

Soulignant l'importance de l'équité et de la transparence dans les travaux de recherche sur les mesures sociales et de santé publique, y compris de l'échange d'informations, conformément aux lois et protocoles nationaux, sur les résultats de ces recherches, que ces derniers soient positifs ou négatifs,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres,¹⁴ selon qu'il convient et conformément aux lois, priorités et situations nationales :

- 1) à soutenir, selon qu'il convient, le développement et le renforcement des capacités nationales de recherche sur les mesures sociales et de santé publique aussi bien que des cadres de contrôle de la qualité des travaux de recherche sur ces mesures ;
- 2) à renforcer les capacités de recherche sur les mesures sociales et de santé publique afin d'éclairer la prise de décisions et la mise en œuvre intersectorielles, y compris en intégrant les travaux de recherche sur ces mesures, selon qu'il convient, aux programmes de formation aux situations d'urgence de santé publique ;
- 3) à inciter à saisir avec souplesse les occasions qui se présentent de recueillir des données sur l'efficacité, l'impact et les conséquences des mesures sociales et de santé publique, par des moyens incluant un suivi et une évaluation systématiques des politiques relatives aux mesures sociales et de santé publique lors des urgences de santé publique ;
- 4) à envisager d'intégrer les modèles de changement comportemental et social et de prise de décisions dans les travaux de recherche sur les mesures sociales et de santé publique, y compris par la participation sociale, tout en adoptant dans ce domaine une démarche associant l'ensemble des pouvoirs publics et axée sur la société tout entière ;
- 5) à mettre en commun les données issues des travaux de recherche sur les mesures sociales et de santé publique, ainsi que du suivi et de l'évaluation des mesures de ce type appliquées lors des urgences de santé publique, de façon systématique et transparente, selon qu'il convient et conformément aux cadres juridiques applicables et aux politiques de protection des données en vigueur, en s'appuyant sur des écosystèmes de santé numérique qui facilitent la fluidité des échanges de données, le cas échéant ;
- 6) à encourager les organismes de financement de la recherche à envisager de soutenir des travaux de recherche sur les mesures sociales et de santé publique qui soient bien conçus et solides ; menés dans des contextes diversifiés ; tiennent compte des principes d'équité ; s'attachent à inclure des participantes et participants issus des populations que l'intervention devrait toucher le plus ; et intègrent un suivi des conséquences néfastes, afin de produire des données exploitables pour éclairer les politiques, pratiques et décisions en santé publique ;

¹⁴ Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

- 7) à aider les comités d'éthique et les autorités de réglementation nationaux et régionaux à mettre en place des processus de gouvernance efficaces qui mettent l'accent sur les principes scientifiques et éthiques fondamentaux sous-tendant la recherche sur les interventions en population, y compris les travaux de recherche et essais portant sur des interventions relevant de mesures sociales et de santé publique ;
- 8) à contribuer au plus haut niveau de protection des sujets humains participant aux travaux de recherche, y compris en préservant les données à caractère personnel et en s'efforçant de réduire le plus possible les risques pour les participantes et participants ;
- 9) à examiner et, si nécessaire, à envisager de réviser, les lois tendant à soutenir et à favoriser la conduite de travaux de recherche sur des mesures sociales et de santé publique opportunes et souples ;
- 10) à examiner comment des travaux de recherche sur les mesures sociales et de santé publique proportionnés, pertinents et adaptés au contexte peuvent être intégrés aux plans de prévention, de préparation et de riposte face aux pandémies ;
- 11) à œuvrer avec le Secrétariat de l'OMS et les parties prenantes concernées, y compris les partenaires régionaux, afin de renforcer les bases factuelles pour les mesures sociales et de santé publique, selon qu'il convient ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) d'aider les États Membres qui en font la demande à prendre en considération les aspects méthodologiques, juridiques et éthiques en vue de renforcer et d'améliorer les travaux de recherche sur les mesures sociales et de santé publique ;
- 2) selon que de besoin, de rassembler, d'examiner et de mettre à jour les orientations existantes sur les meilleures pratiques de recherche concernant les mesures sociales et de santé publique, y compris des recommandations sur les principales données qui faciliteraient leur interprétation dans différents contextes, ainsi que pour le suivi des conséquences néfastes ;
- 3) d'aider les États Membres, selon qu'il convient, à élaborer des protocoles d'étude qui puissent être utilisés dans différents contextes, et à mettre à disposition des lignes directrices éthiques pour les travaux de recherche sur les mesures sociales et de santé publique, y compris les essais, le suivi ou l'évaluation des programmes, que les États Membres puissent adapter à leur contexte ;
- 4) de présenter un rapport de fond sur l'avancement de la mise en œuvre de la présente résolution, pour examen par la Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en 2026, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent cinquante-huitième session.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission A, troisième rapport)

WHA78.4 Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est¹⁵

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général,¹⁶

Notant le rôle qui incombe à l'OMS dans le cadre de son mandat en tant qu'autorité directrice et coordonnatrice des travaux relatifs à la santé de portée internationale ;

Se déclarant vivement préoccupée par la situation humanitaire catastrophique dans la bande de Gaza et par ses vastes conséquences pour la population civile, et compte tenu de la gravité de la situation qui continue d'empirer et de l'ampleur des dommages considérables causés au secteur de la santé publique, qui ont, à ce jour, tué et blessé des milliers de civils, pour la plupart des enfants, des femmes et des personnes âgées, y compris parmi le personnel humanitaire et les agents et agentes de santé, auxquels viennent s'ajouter les milliers de victimes toujours enfouies sous les décombres ;

Soulignant que l'ensemble de la population civile, y compris les agents et agentes de santé et le personnel humanitaire, doit être protégée, conformément au droit international humanitaire, et déplorant à cet égard les lourdes pertes civiles et les destructions généralisées ;

Se déclarant également préoccupée par la destruction à grande échelle des infrastructures de santé, y compris des hôpitaux et des ambulances, et par la situation humanitaire catastrophique dans laquelle a été plongé le système de santé publique dans la bande de Gaza ;

Constatant que les attaques visant le personnel médical et les autres professions de santé ont des répercussions durables et entraînent notamment des pertes de vies et des souffrances humaines, qu'elles affaiblissent la capacité des systèmes de santé d'assurer des services vitaux et qu'elles entravent le développement sanitaire ;

Se déclarant aussi profondément préoccupée par le fait que plus de cent membres du personnel des Nations Unies, dont certains de l'OMS, ont été tués ;

Félicitant l'OMS, son Directeur général et son personnel, ainsi que ses partenaires du Groupe sectoriel pour la santé sur le terrain, d'être restés et d'avoir agi, ainsi que des efforts inlassables qu'ils déploient, depuis le début, pour faire face à la situation sur le terrain dans la bande de Gaza, au péril de leur vie, et exprimant sa gratitude à tous les organismes humanitaires et à leurs partenaires d'exécution qui fournissent une aide vitale en vue d'atténuer les répercussions du conflit sur la population civile ;

Ayant à l'esprit l'appel à un cessez-le-feu humanitaire lancé en vertu de l'article 99 de la Charte des Nations Unies ;¹⁷

Rappelant les Conventions de Genève de 1949 et leurs Protocoles additionnels applicables, ainsi que les règles du droit international coutumier qui concernent la protection des personnes blessées et malades, du personnel médical et des agents et agentes humanitaires dont l'activité est d'ordre exclusivement médical, de leurs moyens de transport et de leur matériel, ainsi que

¹⁵ Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

¹⁶ Document A78/15.

¹⁷ Lettre datée du 6 décembre 2023, adressée au Président du Conseil de sécurité par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, invoquant l'article 99 de la Charte des Nations Unies (document S/2023/962).

des hôpitaux et des autres installations médicales, et l'obligation de toutes les parties à un conflit armé de respecter et de faire respecter le droit international humanitaire en toutes circonstances ;¹⁸

Rappelant en outre l'obligation particulière qu'impose le droit international humanitaire de respecter et de protéger, en situation de conflit armé, le personnel médical et les agents et agentes humanitaires dont l'activité est d'ordre exclusivement médical, leurs moyens de transport et leur matériel, les hôpitaux et les autres installations médicales, qui ne doivent pas être la cible d'attaques, et de veiller à ce que les personnes blessées et malades reçoivent, dans la mesure du possible et dans les plus brefs délais, les soins médicaux et l'attention nécessaires ;¹⁹

Se déclarant préoccupée par les difficultés d'accès humanitaire à la population civile palestinienne et par les graves répercussions que cela a pour elle, et soulignant qu'il faut d'urgence appliquer les mesures humanitaires nécessaires, y compris des pauses humanitaires, pour assurer un accès humanitaire complet, rapide, sûr et sans entrave dans toute la bande de Gaza ;

Se déclarant également préoccupée par la situation désastreuse dans laquelle se trouvent les hôpitaux, les autres installations médicales et les ambulances, ainsi que par le fait que l'approvisionnement en carburant nécessaire à leur fonctionnement est entravé, ce qui met en péril la vie des malades et des personnes blessées et empêche la réalisation d'opérations et d'actes médicaux, ainsi que le fonctionnement d'équipements médicaux, notamment des incubateurs pour les nouveau-nés prématurés et du matériel chirurgical et de réanimation pour les personnes souffrant de graves problèmes de santé ;

Se déclarant en outre préoccupée par le fait que la population civile est exposée au conflit et à l'insécurité, ce qui engendre d'importants besoins en matière de santé mentale et psychosociale, et montre qu'il est important de fournir d'urgence aux personnes touchées, en particulier aux enfants, un soutien dans ce domaine, de même que des services de prise en charge des traumatismes ;

Soulignant les répercussions disproportionnées sur les enfants, les femmes, les personnes âgées, les personnes handicapées et les malades chroniques, et consciente de la nécessité de répondre à leurs besoins spécifiques en matière de santé, y compris les besoins propres aux personnes handicapées, eu égard aux difficultés auxquelles elles se heurtent pour accéder aux services médicaux et que la situation actuelle a aggravées du fait de la destruction d'infrastructures civiles et de bâtiments résidentiels et des entraves supplémentaires qui en résultent pour la mobilité des personnes ;

Se déclarant préoccupée par les conséquences sur la gestion de la santé publique de la présence de milliers de cadavres de victimes dans la bande de Gaza ensevelis sous les décombres, conséquences qui se font encore plus ressentir en raison du manque d'accès à l'eau, à l'électricité et au matériel nécessaire pour enterrer les corps des défunts ;

Se déclarant de surcroît préoccupée par le fait que la très forte surpopulation dans les abris, à laquelle s'ajoutent la perturbation des systèmes de santé, d'approvisionnement en eau et d'assainissement et le manque de carburant, engendre des risques de plus en plus marqués de propagation de maladies infectieuses, notamment de maladies à transmission hydrique, aérienne ou vectorielle et de maladies évitables par la vaccination ;

¹⁸ Résolution 2286 (2016) du Conseil de sécurité des Nations Unies sur la protection des blessés et des malades, du personnel médical et des agents humanitaires en temps de conflit armé ; résolution WHA65.20 (2012) sur l'action et le rôle de l'OMS en tant que chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé face aux besoins sanitaires croissants dans les urgences humanitaires.

¹⁹ Résolution 2286 du Conseil de sécurité des Nations Unies.

Ayant conscience de la corrélation entre la santé et d'autres secteurs, comme ceux de l'eau, de l'assainissement et de la nutrition, et de la nécessité d'envisager l'aide humanitaire selon une démarche globale, soulignant que les difficultés actuelles dans la bande de Gaza, y compris les restrictions à la circulation des marchandises, peuvent avoir une incidence sur la disponibilité des denrées alimentaires et contribuer à la malnutrition, tandis que la disponibilité limitée d'eau potable accroît le risque de flambées et d'épidémies, et soulignant que l'accès à l'eau potable et à des installations d'assainissement est crucial pour le maintien de la santé publique,

1. DEMANDE le passage immédiat, sans interruption et sans entrave de l'aide humanitaire, y compris l'accès du personnel médical, l'acheminement de l'équipement, des convois et du matériel humanitaires, dans le territoire palestinien occupé, en particulier la bande de Gaza, et l'octroi d'autorisations de sortie aux patients et patientes ayant besoin d'un traitement médical hors de la bande de Gaza, et insiste sur la nécessité de laisser passer en toute sécurité les ambulances sans les arrêter aux postes de contrôle, en particulier dans les périodes de conflit ;
2. DEMANDE à toutes les parties de s'acquitter des obligations que leur impose le droit international, y compris le droit international humanitaire et le droit international des droits humains, afin d'assurer, dans toute la mesure de leurs moyens, la fourniture de médicaments et de matériel médical à la population civile et leur réapprovisionnement, et réaffirme que toutes les parties à un conflit armé doivent s'acquitter intégralement des obligations que leur impose le droit international humanitaire pour ce qui est de la protection des civils en temps de conflit armé et du personnel médical ;²⁰
3. EXIGE de toutes les parties qu'elles respectent pleinement leurs obligations, en particulier celles que leur imposent les Conventions de Genève de 1949 et leurs Protocoles additionnels, de garantir le respect et la protection de l'ensemble du personnel médical et des agents et agentes humanitaires dont l'activité est d'ordre exclusivement médical, de leurs moyens de transport et de leur matériel, ainsi que des hôpitaux et des autres installations médicales ;
4. EXIGE EN OUTRE un passage sans interruption, ordonné, libre, en toute sécurité et sans entrave du personnel médical et des agents et agentes humanitaires dont l'activité est d'ordre exclusivement médical, de leur matériel, de leurs moyens de transport et de leurs fournitures, notamment les articles chirurgicaux, pour accéder aux populations dans le besoin, conformément au droit international humanitaire,²¹ demande un droit de passage pour les ambulances et les évacuations sanitaires des personnes blessées et malades dans un état critique, ainsi que le respect et la protection de ces personnes, et que la sûreté, la sécurité et la circulation sans risque de l'ensemble des patientes et patients palestiniens soient garanties afin qu'ils reçoivent des soins et des traitements médicaux, et demande que toutes les personnes privées de leur liberté soient traitées avec humanité et aient accès à des soins médicaux conformément au droit international humanitaire, notamment les Conventions de Genève et leurs Protocoles additionnels ;
5. PRIE le Directeur général :
 - 1) de rendre compte, en s'appuyant sur un suivi et une évaluation de terrain menés par les équipes de l'OMS chargées des situations d'urgence, des répercussions sur la santé publique de la crise humanitaire catastrophique qui sévit dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, notamment en ce qui concerne les actes de violence visant les personnes

²⁰ Article 55 de la Convention de Genève relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre (1949) ; résolution 2286 du Conseil de sécurité des Nations Unies.

²¹ Résolution 2286 du Conseil de sécurité des Nations Unies.

blessées et malades, le personnel médical et les agents et agentes humanitaires dont l'activité est d'ordre exclusivement médical, leurs moyens de transport et leur matériel, ainsi que les hôpitaux et les autres installations médicales, et de présenter des recommandations à cet égard à la cent cinquante-huitième session du Conseil exécutif, à la septième réunion de la Commission permanente de prévention, de préparation et de riposte en cas d'urgence sanitaire et à la Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé ;

2) de se coordonner avec les donateurs, avant la Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, dans le but de garantir le financement des besoins immédiats en matière de santé ainsi que le relèvement et la reconstruction du système de santé dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et demande aux États Membres, aux donateurs et aux acteurs internationaux de l'aide humanitaire et du développement de fournir une aide humanitaire à la population palestinienne et de veiller à l'allocation des ressources humaines et financières nécessaires pour atteindre sans plus tarder ces objectifs ;

3) d'évaluer, en étroite coopération avec les institutions compétentes du système des Nations Unies, l'ampleur et la nature de la morbidité psychiatrique et des autres formes de problèmes de santé mentale, de même que les besoins et les difficultés en matière de soutien psychosocial de toutes les personnes touchées ;

4) de renforcer et de continuer à fournir l'assistance technique et matérielle nécessaire en matière de santé pour répondre aux besoins sanitaires de la population palestinienne, en particulier des plus vulnérables ;

5) de continuer à renforcer les partenariats avec les autres institutions du système des Nations Unies, comme l'UNRWA, et avec les partenaires compétents dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, pour améliorer les capacités d'action humanitaire dans le domaine de la santé en apportant une aide d'urgence et une protection de manière inclusive et ininterrompue avant, pendant et après les opérations militaires et la crise humanitaire ;

6. DEMANDE à la communauté internationale de mobiliser des financements suffisants pour répondre aux besoins immédiats et futurs des programmes de santé de l'OMS dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et pour reconstruire le système de santé palestinien, en étroite coopération avec l'OMS et les institutions compétentes du système des Nations Unies, comme l'UNRWA et ses partenaires.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission A, troisième rapport)

WHA78.5 Promouvoir une approche intégrée de la santé respiratoire et en faire une priorité²²

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;²³

Notant avec une profonde inquiétude qu'en 2021, les maladies pulmonaires transmissibles et non transmissibles, dont la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), figuraient parmi les principales causes de mortalité, ayant entraîné plus de 18 millions de décès dans le monde ;

²² Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

²³ Document A78/4.

Mesurant l'importance cruciale que revêt la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles qui touchent les poumons, notamment la tuberculose, la pneumonie, la grippe, la COVID-19, la bronchopneumopathie chronique obstructive, la fibrose pulmonaire, l'asthme et le cancer du poumon, et la nécessité de renforcer les soins de santé primaires dans le cadre d'une approche intégrée visant à instaurer la couverture sanitaire universelle ; et constatant que les facteurs de risque sont souvent les mêmes pour les maladies pulmonaires et d'autres maladies non transmissibles, ce qui impose une approche de prévention horizontale ;

Soulignant l'importance de mesures complètes de lutte anti-infectieuse pour réduire le risque de transmission de la tuberculose, de la COVID-19, de la pneumonie et d'autres maladies infectieuses transmises par voie aérienne, en particulier dans les milieux à forte charge de morbidité et à faible revenu ; et considérant qu'il est essentiel de s'attaquer aux facteurs de risque et aux déterminants de ces maladies, notamment des conditions de vie médiocres, des logements surpeuplés et une mauvaise ventilation ;

Constatant que la pollution de l'air intérieur et extérieur, dont les causes profondes sont essentiellement de nature socioéconomique²⁴ et qui présente un lien avec les déterminants sociaux et environnementaux de la santé, constitue l'un des principaux facteurs de risque de maladies pulmonaires,²⁵ en particulier dans les pays en développement qui sont touchés de manière disproportionnée, et mesurant la nécessité d'une collaboration et d'une action multisectorielles pour promouvoir la santé respiratoire, prévenir les nouveaux cas de maladie et limiter les exacerbations d'affections respiratoires ;

Considérant que l'exposition au radon est l'une des principales causes de cancer du poumon après le tabagisme dans les pays pour lesquels des données sont disponibles, et constatant l'insuffisance des mesures de prévention et d'atténuation de l'exposition au radon, ainsi que la faible sensibilisation du public aux risques liés au radon ;

Rappelant que plus de 45 % des décès liés au tabac sont dus à des maladies pulmonaires, soit au total 3,3 millions de décès en 2021,²⁶ et sachant que l'exposition à la fumée secondaire provoque des cancers et que les aérosols produits par le vapotage peuvent être nocifs pour la santé respiratoire, ce qui souligne l'importance des services de soins primaires pour la prévention du tabagisme, en particulier la lutte contre le tabac et le vapotage ;

Notant que les expositions sur le lieu de travail contribuent de manière substantielle à la charge des maladies respiratoires infectieuses et chroniques ;

Constatant l'impact qu'a la stigmatisation associée au cancer du poumon, à la tuberculose et à la bronchopneumopathie chronique obstructive sur la détection précoce et l'accès au traitement, et prenant acte des progrès réalisés dans le dépistage des maladies pulmonaires et de l'efficacité de ce dépistage pour réduire les taux de mortalité dans les populations à haut risque ;

Rappelant la résolution 74/2 (2019) de l'Assemblée générale des Nations Unies, dans laquelle l'Assemblée générale s'engage à intensifier la lutte contre les maladies non transmissibles dans le cadre de la couverture sanitaire universelle, la Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles,²⁷

²⁴ Voir la résolution WHA68.8 (2015).

²⁵ [WHO ambient air quality database, 2022 update: status report](#). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2023 (consulté le 26 février 2025).

²⁶ [Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease study, 2021 data](#) (consulté le 26 février 2025).

²⁷ Résolution 66/2 (2011) de l'Assemblée générale des Nations Unies.

la déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles de 2018,²⁸ dans laquelle l'Assemblée réaffirme que c'est aux gouvernements qu'il incombe au premier chef de relever le défi que représentent les maladies non transmissibles en élaborant des ripostes nationales multisectorielles et participatives adaptées en vue de la prévention et de la maîtrise de ces maladies, et la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé (2011), dans laquelle les inégalités en matière de santé sont considérées comme un facteur important des maladies respiratoires ;

Prenant acte de la résolution WHA72.2 (2019) relative aux soins de santé primaires, dans laquelle l'Assemblée de la Santé invite instamment les États Membres à concrétiser les engagements de la Déclaration d'Astana, de la résolution WHA60.26 (2007) sur le Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs, dans laquelle les États Membres sont instamment invités à faire en sorte que l'ensemble des travailleuses et travailleurs soient couverts par les interventions essentielles et les services de médecine du travail de base aux fins de prévention primaire des maladies et traumatismes d'origine professionnelle, et des progrès significatifs accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020, approuvé par l'Assemblée de la Santé dans la résolution WHA66.10 (2013), notamment la mise à jour de 2022 de l'appendice 3 du Plan d'action mondial, approuvée par l'Assemblée de la Santé dans la décision WHA76(9) (2023), et la feuille de route associée pour la mise en œuvre entre 2023 et 2030, adoptée dans la décision WHA75(11) (2022), ainsi que la Stratégie mondiale OMS sur la santé, l'environnement et les changements climatiques, dont il est pris note dans la décision WHA72(9) (2019), la résolution WHA68.8 (2015) intitulée « Santé et environnement : agir face aux conséquences sanitaires de la pollution de l'air » et sa feuille de route, dont l'Assemblée de la Santé a pris note avec satisfaction dans sa décision WHA69(11) (2016), et la résolution WHA70.12 (2017) sur la lutte contre le cancer dans le cadre d'une approche intégrée ;

Rappelant la résolution WHA71.3 (2018) sur la préparation de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale pour mettre fin à la tuberculose, par laquelle a été réaffirmé l'engagement de mettre fin à l'épidémie de tuberculose à l'horizon 2030, et la Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la lutte contre la tuberculose (2023) qui en a résulté,²⁹ ainsi que la résolution WHA67.1 (2014) sur la Stratégie mondiale et les cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015, qui a fixé des cibles ambitieuses de réduction de l'incidence de la tuberculose et de la mortalité associée ; et soulignant l'importance que revêt le cadre de responsabilisation multisectoriel de l'OMS pour la lutte contre la tuberculose en vue de permettre l'accès universel à des services de qualité et de combattre tous les moteurs et déterminants de la tuberculose, tels que la pauvreté, les inégalités, la dénutrition, l'infection à VIH, les maladies non transmissibles et les conditions de vie et de logement inadéquates, en tant que partie intégrante du programme de couverture sanitaire universelle, y compris dans le cadre des situations d'urgence sanitaire et humanitaire ;

Rappelant également la résolution WHA76.5 (2023) sur le renforcement des capacités en matière d'outils de diagnostic, la résolution WHA72.8 (2019) intitulée « Améliorer la transparence des marchés de médicaments, de vaccins et d'autres produits sanitaires », la Stratégie et le plan d'action mondiaux pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle adoptés par l'Assemblée de la Santé dans la résolution WHA61.21 (2008) et la résolution WHA67.22 (2014) sur l'accès aux médicaments essentiels ;

²⁸ Résolution 73/2 (2018) de l'Assemblée générale des Nations Unies.

²⁹ Résolution 78/5 (2023) de l'Assemblée générale des Nations Unies.

Réaffirmant la résolution WHA73.1 (2020) sur la riposte à la COVID-19, qui souligne la nécessité d'un accès équitable à des produits de diagnostic, à des traitements, à des médicaments et à des vaccins de qualité, sûrs, efficaces et abordables pour la riposte à la COVID-19, conformément aux dispositions des traités internationaux pertinents, y compris les dispositions de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (Accord sur les ADPIC) et les flexibilités énoncées dans la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique ;

Prenant note de la résolution WHA72.6 (2019) sur l'action mondiale pour la sécurité des patients, qui joue un rôle crucial pour la prise en charge des maladies pulmonaires transmissibles et non transmissibles ;

Rappelant la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et réaffirmant les principes des soins de santé primaires comme éléments de base pour renforcer les systèmes de santé ;

S'appuyant sur le succès des approches intégrées de prise en charge des maladies, y compris les instruments de l'OMS existants tels que l'approche pratique de la santé respiratoire, l'ensemble des interventions essentielles de l'OMS pour lutter contre les maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant pour améliorer les résultats en matière de santé, et sur les possibilités qui en résultent pour les programmes intégrés de santé respiratoire,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres,³⁰ selon leur situation et leurs priorités nationales et conformément aux politiques pertinentes en matière de lutte contre les maladies pulmonaires transmissibles, non transmissibles et professionnelles :

- 1) à élaborer une politique nationale de mise en œuvre d'une approche intégrée de la santé respiratoire, portant à la fois sur les maladies pulmonaires transmissibles et non transmissibles, dans le cadre d'une collaboration multisectorielle et pluridisciplinaire associant l'ensemble des pouvoirs publics et mobilisant toute la société, en veillant à la participation de tous les secteurs concernés, notamment la santé, l'environnement, le travail, l'éducation et les finances ;
- 2) à incorporer une approche intégrée de la santé respiratoire dans les services de soins primaires en vue de la réalisation de la couverture sanitaire universelle, y compris des services complets de santé respiratoire, avec des mécanismes efficaces d'orientation vers les services de soins secondaires et tertiaires, le cas échéant ;
- 3) à mieux sensibiliser aux effets de la pollution atmosphérique sur la santé et à renforcer les capacités de contrôle de la qualité de l'air et les normes nationales en la matière ;
- 4) à élaborer et à faire appliquer des réglementations adéquates pour protéger les travailleuses et travailleurs contre les facteurs de risque professionnels ayant une incidence sur la santé respiratoire ;
- 5) à renforcer les programmes existants de santé respiratoire fondés sur une approche intégrée, ou à en établir de nouveaux, notamment :
 - a) en renforçant les services de promotion de la santé et de prévention primaire – en particulier la lutte contre le tabagisme et le vapotage et la réduction de l'exposition

³⁰ Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

à la pollution de l'air intérieur et extérieur – et les programmes de vaccination contre les infections respiratoires évitables ;

b) en actualisant ou en élaborant des lignes directrices cliniques et de santé publique fondées sur des données probantes pour la mise en œuvre de mesures d'un bon rapport coût/efficacité pour la détection précoce, le diagnostic et le traitement des maladies pulmonaires transmissibles et non transmissibles, y compris l'utilisation de technologies innovantes ;

c) en actualisant ou en mettant au point des mécanismes d'information fondés sur des données probantes pour l'élaboration des politiques, le suivi et l'évaluation des programmes et l'apprentissage ;

6) à renforcer les capacités nationales pour la mise en œuvre d'une approche intégrée de la santé respiratoire, en envisageant d'adapter les outils existants de l'OMS fondés sur des données probantes afin de mettre en place un ensemble d'interventions intégrées de santé respiratoire, fondées sur des données probantes et d'un bon rapport coût/efficacité, qui soient adaptées à l'ensemble des patients et patientes en fonction de leurs besoins personnels ;

7) à faciliter l'accès à des médicaments, vaccins et technologies de la santé sûrs, efficaces et de qualité et à en améliorer l'accessibilité financière et la disponibilité, en s'appuyant sur la Liste modèle OMS des médicaments essentiels et la Liste modèle OMS des dispositifs de diagnostic *in vitro* essentiels et en accordant une attention particulière au rapport coût/efficacité, à l'allocation durable des ressources et à la nécessité d'adopter des approches fondées sur des données probantes, notamment en renforçant les capacités nationales et en mettant l'accent sur l'instauration de systèmes de réglementation efficaces, de capacités de fabrication et/ou de stratégies et politiques d'achat visant à garantir des prix équitables afin de lutter contre les maladies pulmonaires transmissibles et non transmissibles telles que la tuberculose, la pneumonie, la grippe, la COVID-19, la bronchopneumopathie chronique obstructive, l'asthme, la fibrose pulmonaire et le cancer du poumon ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de recenser les stratégies, les feuilles de route et les instruments et travaux normatifs existants de l'OMS portant sur les affections pulmonaires et les facteurs de risque pertinents, contribuant ainsi à élaborer une approche intégrée de la santé respiratoire et à identifier les lacunes et les besoins actuels en matière de prévention, de diagnostic, de traitement et de réadaptation, pour les maladies transmissibles et non transmissibles ;

2) de rédiger un rapport initial contenant des recommandations et des éléments clés pour continuer de renforcer l'approche intégrée de la santé respiratoire, d'examiner les mesures susceptibles d'améliorer la mise en œuvre des stratégies et des plans existants dans le cadre d'une approche intégrée de la santé respiratoire et d'envisager de nouvelles initiatives, y compris un cadre de suivi de la mise en œuvre de ces stratégies, plans et nouvelles propositions assorti d'objectifs clairs et mesurables, en concertation avec les États Membres et d'autres parties prenantes concernées, conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, selon qu'il convient, et de soumettre ce rapport pour examen à la Quatre-Vingtième Assemblée mondiale de la Santé en 2027 ;

3) de collaborer avec les parties prenantes concernées, conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, selon qu'il convient, afin de mobiliser les acteurs et les ressources nécessaires, de renforcer les capacités et d'encourager les activités de recherche participative sur l'approche intégrée de la santé respiratoire ;

- 4) d'apporter un soutien aux États Membres pour qu'ils renforcent leurs systèmes de soins de santé primaires en vue de fournir de manière efficace des services intégrés de santé respiratoire et d'améliorer la couverture sanitaire universelle, en favorisant une approche de la santé respiratoire fondée sur le parcours de vie ;
- 5) de renforcer la capacité du Secrétariat à appuyer la mise en œuvre d'interventions d'un bon rapport coût/efficacité et de modèles de soins adaptés aux pays pour les maladies pulmonaires transmissibles et non transmissibles telles que la tuberculose, la pneumonie, la grippe, la COVID-19, la bronchopneumopathie chronique obstructive, l'asthme, la fibrose pulmonaire et le cancer du poumon ;
- 6) de faire rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la présente résolution à la Quatre-Vingtième Assemblée mondiale de la Santé en 2027 et à la Quatre-Vingt-Unième Assemblée mondiale de la Santé en 2028.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission A, quatrième rapport)

WHA78.6 Alléger la charge des maladies non transmissibles en favorisant la santé rénale et en renforçant les moyens de prévenir et de combattre les maladies rénales³¹

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;³²

Considérant le droit qu'a toute personne, sans distinction aucune, de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible ;

Réaffirmant notre engagement collectif à réduire d'un tiers la mortalité prématurée imputable aux maladies non transmissibles et à atteindre les objectifs fixés dans le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030,³³ engagement que nous avons pris dans les déclarations politiques issues des trois réunions de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles,³⁴ y compris les cibles volontaires à l'échelle mondiale en matière de prévention et de maîtrise des maladies non transmissibles à atteindre d'ici à 2025, grâce à des moyens efficaces de promotion de la santé et de prévention des maladies, à des systèmes de santé résilients, à des personnels de santé adéquats, bien formés et dévoués, à la couverture sanitaire universelle et à des services de santé centrés sur la personne, compte tenu de la nécessité de promouvoir l'accès aux services essentiels en matière de maladies non transmissibles et leur maintien dans les situations d'urgence et les situations humanitaires ;³⁵

Réaffirmant également notre engagement à mettre en œuvre plus rapidement les déclarations politiques de 2019 et 2023 issues des réunions de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle, en assurant une protection contre les risques financiers,

³¹ Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

³² Document A78/4.

³³ Voir la résolution WHA66.10 (2013) et la décision WHA72(11) (2019).

³⁴ Voir les résolutions 66/2 (2011), 68/300 (2014) et 73/2 (2018) de l'Assemblée générale des Nations Unies.

³⁵ Voir la résolution 78/4 (2023) de l'Assemblée générale des Nations Unies.

ainsi que l'accès à des services de santé essentiels de qualité et l'accès à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un bon rapport coût/efficacité pour toutes et tous ;³⁶

Constatant qu'environ 674 millions de personnes vivent avec une maladie rénale chronique, soit 9 % de la population mondiale, et préoccupée par le fait que les maladies rénales sont l'une des causes de décès qui connaît la croissance la plus rapide dans le monde et qu'elles devraient devenir la cinquième cause de décès d'ici à 2050, sachant que, si aucune mesure n'est prise, le taux de mortalité standardisé selon l'âge devrait augmenter de 33 % et le nombre d'années de vie ajustées sur l'incapacité standardisée selon l'âge de 28 % ;

Rappelant la résolution WHA77.4 (2024) intitulée « Accroître la disponibilité de la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains, en élargir l'accès dans le respect de l'éthique et en renforcer la surveillance », dans laquelle l'Assemblée de la Santé exhorte les pays, selon le contexte national, à adopter des stratégies de prévention et à intégrer la transplantation dans le continuum de soins des maladies non transmissibles et d'autres affections qui peuvent justifier une transplantation, et prie le Directeur général d'aider les États Membres à mettre en œuvre les éléments de cette résolution, notamment par l'élaboration d'une stratégie mondiale sur le don et la transplantation ;

Préoccupée par le caractère inéquitable de l'accès aux soins de néphrologie dans le monde entier, en particulier dans les milieux aux ressources limitées où les maladies rénales ne sont souvent ni diagnostiquées ni traitées, ce qui expose des millions de personnes à un risque de décès ;

Préoccupée également par le fait que, dans de nombreux pays en développement, y compris les petits États insulaires en développement, les individus supportent de lourdes charges financières et doivent payer de leur poche les soins de néphrologie, étant donné que seul un faible pourcentage de ces pays couvre les thérapies de remplacement rénal (dialyse et transplantation), ce qui fait des maladies rénales la principale cause de dépenses de santé catastrophiques ;

Préoccupée en outre par le fait que les maladies rénales ont des répercussions considérables sur les économies et les sociétés, nécessitent une prise en charge complexe et contribuent de manière disproportionnée aux coûts de santé nationaux ;

Sachant que les maladies rénales touchent de nombreuses personnes qui présentent des facteurs de risque communs, et qu'elles surviennent chez 1 personne sur 5 souffrant d'hypertension et chez 4 personnes diabétiques sur 10, causant 1 décès sur 10 en lien avec l'hypertension et comptant pour beaucoup dans la morbidité et la mortalité liées au diabète ;

Consciente que des médicaments d'un bon rapport coût/efficacité sont maintenant disponibles pour le traitement des maladies rénales et que d'autres sont en cours de mise au point, et que ces médicaments peuvent réduire considérablement la morbidité et la mortalité imputables aux maladies rénales ainsi qu'à d'autres maladies non transmissibles qui coexistent souvent parallèlement aux maladies rénales, telles que l'hypertension, le diabète et les maladies cardiovasculaires, mais préoccupée face au constat que ces médicaments hautement efficaces, ainsi que les produits de diagnostic et les consommables nécessaires à l'ensemble des soins de néphrologie, sont inabordables ou indisponibles dans de nombreux pays en développement ;

Considérant que les maladies rénales sont une conséquence évitable, mais potentiellement mortelle, de nombreuses infections chez les adultes, les adolescent(e)s et les enfants, telles que le paludisme, la dengue, le VIH, la tuberculose, l'hépatite, la septicémie, la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), les maladies diarrhéiques et les maladies tropicales négligées ;

³⁶ Voir les résolutions 74/2 (2019) et 78/4 (2023) de l'Assemblée générale des Nations Unies.

Considérant également que les maladies rénales sont un facteur de risque important, mais aussi une conséquence, des troubles hypertensifs de la grossesse (qui concernent 1 grossesse sur 10), et que les maladies rénales comme l'hypertension artérielle gravidique sont des causes de mortalité maternelle, ainsi que de prématurité et de faible poids de naissance, facteurs qui sont associés à un risque accru de maladie rénale ;

Considérant en outre que la santé rénale, tout au long de la vie, dépend dans une large mesure de l'ensemble des déterminants de la santé,³⁷ des facteurs environnementaux et des changements climatiques, qui affectent de manière disproportionnée les pays en développement et les petits États insulaires en développement ;

Constatant qu'il est urgent de s'attaquer, le cas échéant, aux déterminants sociaux et environnementaux de la santé, y compris les changements climatiques, pour juguler l'épidémie de maladie rénale chronique d'origine inconnue qui touche de manière disproportionnée les jeunes au sein des communautés agricoles, ce qui fait des maladies rénales l'une des quatre principales causes de décès dans certaines Régions ;

Constatant en outre que la majorité des personnes atteintes d'une maladie rénale présentent de multiples comorbidités qui nécessitent des soins spécialisés dans tous les secteurs pour une prise en charge efficace des différents problèmes de santé, et que les maladies rénales ont d'importantes répercussions sur la santé mentale, provoquant stress, anxiété et dépression, ce qui contribue au déclin de la qualité de vie liée à la santé ;

Sachant que des efforts ont été faits pour renforcer les services de traitement des maladies non transmissibles dans les situations d'urgence,³⁸ mais considérant que les personnes atteintes d'une maladie rénale restent très vulnérables dans les situations humanitaires, en particulier celles qui sont sous dialyse ou qui ont subi une transplantation rénale ;

Mesurant l'importance de la sensibilisation du public, des connaissances en santé, de l'éducation et de l'autonomisation des patients et patientes, de la mobilisation communautaire et de l'action politique pour lutter contre les facteurs de risque et améliorer les résultats chez les personnes touchées par les maladies rénales ;

Soulignant l'importance d'intégrer la santé rénale et l'ensemble des soins de néphrologie dans des stratégies plus larges et holistiques visant à prévenir et à combattre les maladies non transmissibles, et consciente de la nécessité d'adopter des approches multisectorielles ;³⁹

Considérant que, parmi les différents types de thérapie de remplacement rénal, la transplantation rénale devrait être l'option à privilégier pour les patientes et patients atteints d'insuffisance rénale qui peuvent, du point de vue médical, prétendre à cette option, lesquels devraient être systématiquement pris en considération pour ce type de traitement, selon le contexte national, car cette option offre de meilleures chances de survie et une meilleure qualité de vie pour un coût et un impact environnemental inférieurs à ceux de la dialyse ;

Sachant que la Journée mondiale du rein est célébrée le deuxième jeudi du mois de mars chaque année afin de sensibiliser le public et de l'amener à se mobiliser, de promouvoir la compréhension au niveau mondial et d'œuvrer en faveur de la solidarité mondiale et de l'action des États Membres visant à promouvoir la santé rénale,

³⁷ Y compris, mais sans s'y limiter, les déterminants sociaux, environnementaux, commerciaux et économiques.

³⁸ Voir le document A75/10 Add.2, annexe 4 ; voir également le document WHA75/2022/REC/3, procès-verbaux de la Commission A, première séance (section 3), cinquième séance (section 2) et sixième séance (en anglais seulement).

³⁹ Voir le document EB154/7.

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres,⁴⁰ selon leur situation et leurs priorités nationales :
 - 1) à investir dans les systèmes de santé afin d'intégrer la prévention, la détection précoce et la prise en charge des maladies rénales dans les politiques nationales de santé et à inclure la prise en charge des maladies rénales dans l'ensemble des prestations de la couverture sanitaire universelle, dans le but d'offrir une protection contre les risques financiers et un accès universel à des services de soins complets, de qualité et durables, d'inclure progressivement la dialyse péritonéale et l'hémodialyse, la transplantation rénale et les traitements conservateurs⁴¹ dispensés par des personnels de santé correctement formés, à toutes les personnes sans aucune discrimination, en mettant particulièrement l'accent sur les personnes à risque, les personnes vulnérables et marginalisées, y compris les peuples autochtones,⁴² les femmes enceintes et les enfants,⁴³ et à veiller à ce que l'ensemble des patients et patientes aient un accès équitable à des soins appropriés ;
 - 2) à promouvoir une collaboration multisectorielle et multipartite, avec une supervision gouvernementale appropriée, afin de développer et de soutenir la prestation progressive de services de soins de néphrologie complets, ininterrompus et durables, accompagnée d'une réglementation appropriée pour assurer la qualité de la prestation des services ;
 - 3) à renforcer les interventions visant à s'attaquer aux déterminants⁴⁴ des principaux facteurs de risque de maladie rénale, en appliquant pleinement les « meilleurs choix » de l'OMS en matière d'interventions et en tenant compte du risque total dans le but de maîtriser le diabète et l'hypertension et de prévenir ou de retarder la progression de la maladie rénale chronique vers l'insuffisance rénale terminale, ainsi qu'en proposant des politiques, des programmes d'éducation, des campagnes de sensibilisation du public et des interventions communautaires, conformément aux objectifs fixés dans le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030 ;⁴⁵
 - 4) à renforcer et à intégrer le suivi de la charge des maladies rénales, de l'accès aux soins, de la qualité des soins et des résultats en termes de morbidité et de mortalité dans les systèmes nationaux d'information sanitaire, afin d'éclairer les décisions politiques et d'orienter la recherche ;
 - 5) à renforcer la capacité institutionnelle des pays à évaluer les interventions et les technologies de santé afin d'orienter l'extension progressive de programmes de santé gouvernementaux rentables et durables pour combattre les maladies rénales de manière globale ;
 - 6) à prendre des mesures pour promouvoir l'accès progressif aux thérapies de remplacement rénal, la transplantation rénale étant la thérapie à privilégier, grâce à l'orientation en temps utile vers une transplantation et à la mise en œuvre d'interventions visant à maximiser la disponibilité d'organes à des fins cliniques, conformément aux Principes directeurs de l'OMS sur la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains ;

⁴⁰ Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

⁴¹ Voir la résolution WHA77.4 (2024).

⁴² Voir la résolution WHA76.16 (2023).

⁴³ Voir la résolution WHA77.5 (2024).

⁴⁴ Y compris, mais sans s'y limiter, les déterminants sociaux, environnementaux, commerciaux et économiques.

⁴⁵ Voir la résolution WHA66.10 (2013) et la décision WHA72(11) (2019).

- 7) à promouvoir la collaboration et les actions multisectorielles visant à s'attaquer à tous les déterminants des facteurs de risque de maladies non transmissibles, y compris les effets des changements climatiques, qui conduisent à la maladie rénale chronique, et à favoriser les partenariats avec les organisations professionnelles, la société civile, les groupes de défense des droits et le secteur privé pour renforcer la promotion de la santé, mieux sensibiliser le public aux maladies rénales et à leurs déterminants, améliorer les connaissances en santé en proposant une éducation et des informations de qualité qui soient accessibles et adaptées aux patientes et patients ;
- 8) à promouvoir la collaboration régionale, conformément aux formats d'échange existants le cas échéant, en particulier dans les Régions qui présentent des profils épidémiologiques similaires, dans le but de partager les meilleures pratiques, les ressources et l'expertise en matière de prévention et de prise en charge des maladies rénales ;
- 9) à soutenir la recherche sur les maladies rénales afin de mieux comprendre les étiologies et les facteurs de risque propres aux Régions, aux pays et aux contextes locaux, et à élaborer des stratégies de mise en œuvre réactives pour la prévention et le contrôle des maladies rénales, les traitements et les technologies ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) de considérer les maladies rénales comme une maladie non transmissible de plus en plus prioritaire au niveau mondial, au même titre que le cancer, les maladies cardiovasculaires (cardiopathies et accidents vasculaires cérébraux), le diabète et les maladies respiratoires, ainsi que la santé mentale, qui sont reconnus comme les principales causes de décès et d'invalidité ;
- 2) de fournir un appui technique aux États Membres qui en font la demande pour renforcer et améliorer la conception, l'évaluation et la mise en œuvre des politiques nationales de prévention et de prise en charge des maladies rénales dans tous les programmes de santé concernés, y compris le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre et des résultats des programmes de soins de néphrologie, afin d'améliorer la qualité et l'accès aux soins ;
- 3) de fournir un appui technique aux États Membres qui en font la demande pour renforcer la mise en œuvre des interventions de l'OMS correspondant aux « meilleurs choix » afin de s'attaquer à tous les déterminants des maladies non transmissibles qui contribuent aux maladies rénales chroniques, et pour mieux intégrer les soins complets de néphrologie dans l'ensemble des prestations de la couverture sanitaire universelle ;
- 4) d'aider les États Membres qui le demandent à renforcer les systèmes d'information (y compris les registres et les statistiques de l'état civil) afin de produire des données factuelles, notamment sur les facteurs de risque, la prévalence des maladies rénales, l'accès aux soins de néphrologie, les besoins non satisfaits en matière de soins et la morbidité et la mortalité associées, en particulier dans les pays en développement et les petits États insulaires en développement ; et d'éclairer l'élaboration des politiques et des programmes, d'orienter la recherche et de promouvoir l'établissement et la tenue de registres des maladies rénales ;
- 5) de faciliter le partage des connaissances, des meilleures pratiques, des lignes directrices cliniques, des interventions fondées sur des données probantes pour la prévention et la prise en charge des maladies rénales, et des expériences pour combattre les principaux facteurs de risque, notamment le diabète et l'hypertension ; et de soutenir le renforcement de l'éducation

et de la formation et le maintien en place des personnels pluridisciplinaires spécialisés dans les maladies rénales ;

6) d'élaborer et de partager des orientations pour un financement durable de la prévention, du diagnostic et du traitement de la maladie rénale chronique, en donnant la priorité à l'accès équitable à des soins complets de néphrologie et à la protection contre les risques financiers, en particulier dans les pays en développement et les petits États insulaires en développement ;

7) de soutenir les États Membres pour assurer la continuité du traitement des personnes atteintes de maladie rénale pendant les urgences sanitaires et dans toutes les situations de crise humanitaire ;

8) de rendre compte à l'Assemblée de la Santé des progrès accomplis dans la mise en œuvre de la présente résolution, y compris les réalisations, les difficultés et les recommandations concernant les mesures à prendre dans le cadre du rapport de synthèse sur les progrès réalisés dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, dans des rapports biennaux à soumettre à l'Assemblée de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif en 2027, en 2029 et en 2031.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission A, quatrième rapport)

WHA78.7 Prévention primaire et soins intégrés des déficiences sensorielles, déficience visuelle et perte auditive comprises, à toutes les étapes de la vie⁴⁶

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;⁴⁷

Ayant examiné également le *Rapport mondial sur la vision* et le *Rapport mondial sur l'audition*, et rappelant la résolution WHA66.4 (2013) intitulée « Vers la santé oculaire universelle : plan d'action mondial 2014-2019 », la résolution WHA70.13 (2017) sur la prévention de la surdité et de la déficience auditive et la résolution WHA73.4 (2020) sur les soins oculaires intégrés centrés sur la personne, cécité et déficience visuelle évitables comprises, la résolution 75/310 (2021) de l'Assemblée générale des Nations Unies intitulée « Vision pour toutes et tous : accélérer l'action menée pour atteindre les objectifs de développement durable », la résolution WHA72.2 (2019) sur les soins de santé primaires et la décision WHA74(12) (2021) portant adoption des toutes premières cibles mondiales concernant la correction des défauts de réfraction et la chirurgie de la cataracte ;

Rappelant la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées ainsi que la Décennie des Nations Unies pour le vieillissement en bonne santé (2021-2030), approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé et proclamée par l'Assemblée générale des Nations Unies ;

⁴⁶ Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

⁴⁷ Document A78/4.

Considérant qu'au moins 2,2 milliards de personnes sont atteintes d'une déficience visuelle et 1,5 milliard d'une perte auditive, et notant que la prévalence de ces déficiences (y compris les handicaps sensoriels)⁴⁸ devrait augmenter en raison de la croissance démographique, du vieillissement de la population et de l'évolution des modes de vie ;

Se déclarant préoccupée par l'incidence croissante d'autres facteurs de risque, notamment l'exposition prolongée aux appareils numériques, les niveaux de bruit excessifs dans les contextes professionnel, domestique et récréatif, ainsi que le temps insuffisant passé à l'extérieur pendant l'enfance, qui contribuent aux déficiences sensorielles ;

Consciente que l'incidence et la prévalence de la déficience visuelle et de la perte auditive non traitées restent disproportionnellement élevées dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et les petits États insulaires en développement et dans différentes situations d'urgence, souvent en raison d'un accès limité ou insuffisant à des services et à des produits de santé essentiels abordables, équitables et de qualité ;

Sachant également que nombre des causes de déficience visuelle et de perte auditive peuvent être évitées efficacement grâce à l'accès aux services de soins de santé primaires, au renforcement de la couverture sanitaire universelle et à d'autres interventions de santé publique, telles que la supplémentation en vitamine A, la vaccination, la fourniture de verres correcteurs, d'aides auditives et d'implants, la prévention des traumatismes oculaires, les mesures visant à atténuer l'exposition au bruit et l'ototoxicité, ainsi que la détection en temps utile et la prise en charge efficace des maladies oculaires ou de l'otite moyenne ;

Consciente des avancées technologiques récentes qui facilitent le dépistage et la détection de la déficience visuelle et de la perte auditive, y compris les affections sous-jacentes associées, dans toutes les tranches d'âge et dans divers milieux, et sachant qu'il existe des interventions de qualité et d'un bon rapport coût/efficacité, notamment la chirurgie de la cataracte et les technologies d'assistance comme les lunettes, les aides auditives, les implants et les services de réadaptation, et que des aménagements raisonnables sont disponibles, tels que les interprètes en langue des signes et l'alphabétisation en braille, qui peuvent réduire les obstacles à la participation active à la société pour les personnes atteintes de déficiences sensorielles ;

Se déclarant préoccupée par l'impact significatif de la déficience visuelle et de la perte auditive non traitées qui, conjugué aux obstacles au sein de la société, peut nuire à la communication au quotidien, au développement de l'enfant, à la réussite scolaire, aux possibilités d'emploi, à l'intégration sociale et à la participation, ainsi qu'au bien-être financier général des personnes touchées ; reconnaissant en outre le lien établi entre les déficiences sensorielles, le déclin cognitif et la démence, et notant l'impact économique estimé, qui dépasse 980 milliards de dollars des États-Unis (USD) par an en ce qui concerne la perte auditive non traitée⁴⁹ et 410,7 milliards USD en ce qui concerne la déficience visuelle non traitée⁵⁰ à l'échelle mondiale ;

⁴⁸ Le terme « déficiences sensorielles » se rapporte à tous les degrés d'incapacité qui touchent une ou plusieurs des fonctions sensorielles, des déficiences visuelles et auditives légères à la cécité et à la surdité. Dans la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, il est reconnu que « la notion de handicap évolue et que le handicap résulte de l'interaction entre des personnes présentant des incapacités et les barrières comportementales et environnementales qui font obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres » (alinéa e) du préambule) et qu'il importe de lever les obstacles au sein de la société afin de favoriser la participation.

⁴⁹ McDaid D, Park AL, Chadha S. Estimating the global costs of hearing loss. *Int J Audiol*. 2021 Mar;60(3):162-170. doi: 10.1080/14992027.2021.1883197. Epub 2021 Feb 16. PMID: 33590787.

⁵⁰ Burton MJ, Ramke J, Marques AP, *et al*. *The Lancet Global Health Commission on Global Eye Health: vision beyond 2020. Lancet Glob Health*. 2021;9(4):e489-e551. doi:10.1016/S2214-109X(20)30488-5.

Considérant que les conséquences économiques de la perte auditive ou de la déficience visuelle sont attribuables à la perte de productivité, à la stigmatisation et à l'exclusion sociale subies lorsque ces déficiences ne sont pas traitées ;

Se déclarant également préoccupée par les obstacles liés à la disponibilité, au prix et à l'accessibilité des services de soins oculaires, visuels, auriculaires et auditifs, en particulier au niveau communautaire et des soins de santé primaires, notamment la faible sensibilisation du public, la pénurie de personnels de santé qualifiés, l'insuffisance des infrastructures et des politiques, l'insuffisance du financement durable et les frais élevés des soins à la charge des patients et patientes, qui entraînent une réduction significative de la couverture des interventions, en particulier dans les communautés mal desservies et pour les personnes défavorisées sur le plan social, économique ou systémique ; notant en outre l'absence d'inclusion complète des services pertinents dans les programmes nationaux de prestations de santé et la couverture sanitaire universelle, ainsi que l'insuffisance des données aux fins des cadres nationaux de suivi et d'évaluation pertinents ;

Rappelant que par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec divers obstacles environnementaux, financiers, juridiques et comportementaux rencontrés au sein de la société, notamment la discrimination et la stigmatisation, peut entraver la pleine et effective participation à la société sur un pied d'égalité avec les autres, et limiter l'accès aux services essentiels de santé et de soins, y compris les soins oculaires, visuels, auriculaires et auditifs ; et rappelant aussi la nécessité de disposer de données fiables, comparables et ventilées par handicap ;

Sachant que les soins oculaires, visuels, auriculaires et auditifs, englobent la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic et le traitement des affections oculaires et auditives, ainsi que la réadaptation, et les interventions en cas de perte auditive ou de déficience visuelle ;

Notant que l'intégration de politiques fondées sur des données probantes, y compris pour les soins oculaires, visuels, auriculaires et auditifs, peut apporter des avantages significatifs aux personnes atteintes de déficiences sensorielles et de handicaps, en améliorant le langage et la communication, en favorisant les liens sociaux, un meilleur niveau d'éducation et les possibilités d'emploi, tout en réduisant le risque de déclin cognitif, et en représentant un retour sur investissement estimé à environ 20 USD pour chaque dollar investi dans la prévention et les soins ;^{51,52}

Réaffirmant les engagements pris dans des résolutions précédentes, notamment les résolutions WHA70.13 (2017) sur la prévention de la surdité et de la déficience auditive, WHA73.4 (2020) sur les soins oculaires intégrés centrés sur la personne, cécité et déficience visuelle évitables comprises, WHA74.8 (2021) sur le meilleur état de santé que les personnes handicapées sont capables d'atteindre, WHA76.6 (2023) sur le renforcement de la réadaptation dans les systèmes de santé et WHA71.8 (2018) sur l'amélioration de l'accès aux technologies d'assistance ;

Rappelant le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030 et son projet de feuille de route pour la mise en œuvre de 2023 à 2030, et alignant les efforts sur les objectifs de développement durable 3 et 4, qui reconnaissent les besoins et favorisent

⁵¹ Tordrup D, Smith R, Kamenov K, *et al.* Global return on investment and cost-effectiveness of WHO's HEAR interventions for hearing loss: a modelling study. *Lancet Glob Health*. 2022;10(1):e52-e62. doi:10.1016/S2214-109X(21)00447-2.

⁵² [Transforming Lives: An Investment Case for Eye Health](#), The Fred Hollows Foundation et The Victoria University Institute of Strategic Economic Studies (consulté le 28 février 2025).

l'accès équitable à des soins de santé et à une éducation de qualité pour toutes et tous, y compris les personnes handicapées ;

Notant avec préoccupation que les maladies oculaires et auditives ainsi que les déficiences visuelles et la perte auditive ne sont généralement pas suffisamment prises en compte dans le cadre des soins de santé primaires qui couvrent l'ensemble du cycle biologique, créant ainsi d'importantes lacunes dans la fourniture de services aux personnes touchées ;

Réaffirmant l'obligation de fournir des services de santé et de soins fondés sur le consentement préalable, libre et éclairé et de respecter et de promouvoir les droits humains, la dignité, l'autonomie et la capacité juridique, ainsi que de respecter la diversité et les besoins des personnes handicapées, y compris par l'éducation et la formation du personnel de santé et d'aide à la personne, et la promulgation de normes éthiques pour les services de santé et de soins publics et privés ;

Se félicitant des efforts déployés de longue date et de manière continue par les États Membres, les partenaires internationaux et le Secrétariat de l'OMS pour prévenir et traiter les maladies oculaires et auditives et atténuer les conséquences de la déficience visuelle et de la perte auditive, tout en mesurant la nécessité de mener d'urgence des actions de santé publique généralisées, durables et ciblées pour renforcer les efforts de prévention de la perte auditive et de la déficience visuelle,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres,⁵³ selon leur situation et leurs priorités nationales :
 - 1) à adopter ou à adapter et à mettre en œuvre les recommandations formulées dans le *Rapport mondial sur la vision* et le *Rapport mondial sur l'audition*, en intégrant des soins oculaires, visuels, auriculaires et auditifs complets à toutes les étapes de la vie, en tant qu'élément central des plans nationaux de santé, le cas échéant, et des initiatives de soins de santé primaires dans le cadre de la réalisation de la couverture sanitaire universelle ;
 - 2) à soutenir les personnes ayant une déficience visuelle, une perte auditive ou des handicaps sensoriels en favorisant l'accès à des services de santé et de soins complets et intégrés, y compris des soins oculaires, visuels, auriculaires et auditifs tout au long de leur vie, en mettant l'accent sur l'accès équitable aux technologies d'assistance, aux services de réadaptation et aux moyens de communication inclusifs tels que l'accès à la langue des signes et à l'interprétation, le sous-titrage et d'autres moyens favorisant l'accessibilité ;
 - 3) à intégrer le dépistage systématique des troubles visuels et auditifs et les services d'intervention précoce dans les services de santé et de soins à toutes les étapes de la vie, en mettant l'accent sur les populations à haut risque ;
 - 4) à élargir, le cas échéant, la disponibilité de ressources humaines qualifiées et à renforcer leurs capacités à fournir des soins oculaires, visuels, auriculaires et auditifs en éduquant et en formant les personnels de santé au niveau primaire et en favorisant des pratiques et des approches novatrices en matière de prestation de services ;
 - 5) à adopter des règlements sur le champ d'activité et les compétences afin d'assurer une qualité élevée des soins tout au long du parcours de soins ;

⁵³ Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

- 6) à définir et à mettre en œuvre des politiques conformes aux normes et critères publiés par l'OMS concernant la fourniture et l'utilisation d'équipements de protection, la maîtrise du bruit sur le lieu de travail, dans les lieux de divertissement et via les systèmes audio personnels, ainsi que le contrôle des médicaments et des substances chimiques ototoxiques ;
- 7) à veiller à l'intégration des soins oculaires, visuels, auriculaires et auditifs dans les services et programmes nationaux de prestations de santé et à améliorer la viabilité des mécanismes de financement pour les lunettes, les aides auditives et les implants en les intégrant dans les services et programmes de prestations de santé et en veillant à leur disponibilité dans les communautés mal desservies, le cas échéant ;
- 8) à mener des activités de recherche en santé publique de qualité sur les soins oculaires, visuels, auriculaires et auditifs ;
- 9) à renforcer le suivi et l'évaluation des services de soins oculaires, visuels, auriculaires et auditifs et des technologies d'assistance au moyen de systèmes de surveillance et de suivi adaptés, notamment en intégrant les indicateurs de suivi des services de soins oculaires, visuels, auriculaires et auditifs et des technologies d'assistance dans les systèmes nationaux d'information sanitaire, le cas échéant, ainsi que dans les enquêtes et les programmes d'assurance qualité et dans l'évaluation des technologies de la santé ;
- 10) à veiller à ce que les politiques en matière d'économie et d'intégration sociale visent à réduire les inégalités, à favoriser l'accès aux services sociaux de base, à l'éducation, aux possibilités d'apprentissage tout au long de la vie pour toutes et tous et aux services de santé et de soins, y compris la santé mentale et le bien-être psychosocial, à éliminer la discrimination, et à accroître la participation, l'intégration et l'inclusion des différents groupes sociaux, en particulier des personnes présentant des déficiences sensorielles et des handicaps ;

2. APPELLE les partenaires concernés, y compris les organisations intergouvernementales et non gouvernementales, le secteur privé, les personnes handicapées et les organisations qui les représentent, ainsi que les établissements universitaires :

- 1) à fournir, en collaboration avec les États Membres, un appui technique pour la mise en œuvre au niveau national des recommandations formulées dans le *Rapport mondial sur la vision* et le *Rapport mondial sur l'audition*, y compris l'élaboration et l'application de lignes directrices et de politiques fondées sur des données probantes et inspirées de bases factuelles ;
- 2) à soutenir les États Membres, notamment en encourageant des partenariats public-privé conformes aux lois, aux priorités et aux plans nationaux, en vue d'étendre la couverture des soins oculaires, visuels, auriculaires et auditifs dans les pays, tout en veillant à ce que ces soins soient accessibles, pérennes, abordables et de qualité, dans le respect de la confidentialité des données ;
- 3) à appuyer les efforts déployés en matière de suivi des soins oculaires, visuels, auriculaires et auditifs, notamment par un échange de données sur les produits de santé tout au long de la chaîne de valeur et par la promotion des meilleures pratiques de protection des consommateurs pour les produits audiovisuels personnels ; et
- 4) à renforcer la coordination et les approches multisectorielles associant les États Membres, le Secrétariat de l'OMS, les organismes multilatéraux, les organisations de la société civile, les entités du secteur privé, les personnes handicapées et les organisations qui les représentent, ainsi que la participation active des communautés dans leur ensemble, en vue d'un élargissement équitable de l'accès aux soins oculaires, visuels, auriculaires et auditifs ;

3. PRIE le Directeur général :

- 1) de fournir aux États Membres un soutien technique pour intégrer les soins oculaires, visuels, auriculaires et auditifs dans les soins de santé primaires, dans le cadre des efforts visant à instaurer la couverture sanitaire universelle et à améliorer la couverture effective des aides auditives, des implants et des lunettes au sein de la population concernée ;
- 2) de fournir des orientations pour l'intégration du dépistage des troubles visuels et auditifs et des services d'intervention précoce dans les programmes de santé au travail et en milieu scolaire et dans d'autres approches pertinentes de santé publique et de lutte contre les maladies non transmissibles à toutes les étapes de la vie ;
- 3) de collaborer avec les États Membres et les partenaires industriels, conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, selon qu'il convient, en vue d'adopter des normes et des critères pertinents pour une vision et une écoute sans risque et d'encourager un changement de comportement au sein de la population cible afin de prévenir la perte auditive et les déficiences visuelles, notamment par la mise en œuvre du programme « MyopiaEd » et de l'initiative « Écouter sans risque » de l'OMS, s'il y a lieu ;
- 4) de continuer à célébrer chaque année la Journée mondiale de l'audition et la Journée mondiale de la vue afin de sensibiliser le public aux déficiences sensorielles, y compris aux soins oculaires, visuels, auriculaires et auditifs, et d'atténuer la stigmatisation associée aux déficiences visuelles, à la perte auditive et à l'utilisation d'équipements d'assistance ;
- 5) de renforcer la collaboration mondiale en faveur des soins oculaires, visuels, auriculaires et auditifs dans le cadre du Forum mondial de l'audition et de l'initiative SPECS 2030 de l'OMS ;
- 6) de coordonner la collecte de données pour suivre les progrès accomplis à l'échelle mondiale, y compris les progrès vers la réalisation des objectifs fixés en matière de soins oculaires, visuels, auriculaires et auditifs à l'horizon 2030 ;
- 7) d'élaborer des orientations sur l'intégration des soins oculaires, visuels, auriculaires et auditifs dans les systèmes de financement public généraux (au-delà du seul secteur de la santé) et la prise en compte des besoins spécifiques des personnes handicapées, en particulier celles présentant des handicaps sensoriels ;
- 8) de faire rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la présente résolution à la Quatre-Vingtième Assemblée mondiale de la Santé en 2027, à la Quatre-Vingt-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé en 2029 et à la Quatre-Vingt-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé en 2031.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission A, quatrième rapport)

WHA78.8 Journée mondiale pour l'élimination du cancer du col de l'utérus⁵⁴

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;⁵⁵

Rappelant la résolution WHA73.2 (2020), par laquelle l'Assemblée de la Santé a adopté la Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique et dans laquelle elle invite instamment les États Membres à prendre des mesures en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus grâce à la prévention, y compris à la vaccination, à la détection et au traitement, et en envisageant les programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus selon une approche globale et axée sur les systèmes, appelle les organisations internationales et les parties prenantes à privilégier les activités visant à éliminer le cancer du col de l'utérus par la prévention, y compris au moyen de la vaccination, de la détection et du traitement, et prie le Directeur général d'apporter aux États Membres qui en font la demande un soutien pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale et de renforcer la collaboration des parties prenantes en vue d'atteindre les cibles fixées pour 2030 ;

Rappelant également le Programme de développement durable à l'horizon 2030, en particulier l'objectif 1 (Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde), l'objectif 3 (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge), l'objectif 5 (Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles) et l'objectif 10 (Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre) ;

Reconnaissant le droit de tout être humain de posséder le meilleur état de santé physique et mentale qu'il est capable d'atteindre, sans discrimination ;

Mesurant par ailleurs l'importance de donner la priorité à la santé des femmes et des filles, en particulier celles vivant avec le VIH, de lutter contre la stigmatisation et l'inégalité de genre et de lever les obstacles entravant l'accès aux services de santé liés au cancer du col de l'utérus en favorisant l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive, à la vaccination contre le papillomavirus humain, au dépistage et au traitement du cancer du col de l'utérus, dans le cadre d'un système de santé intégré, compte tenu de la situation et des priorités nationales ;

Reconnaissant en outre la charge disproportionnée qui pèse sur les femmes vivant avec le VIH, pour qui la probabilité d'être atteintes d'un cancer du col de l'utérus est plus grande ;

Sachant que si le cancer du col de l'utérus est évitable, traitable et guérissable à condition d'être détecté tôt et traité de manière adéquate, il reste l'une des causes les plus courantes de morbidité et de décès liés au cancer chez les femmes dans le monde et peut accroître l'infertilité, une charge disproportionnée pesant sur les pays en développement ;

Saluant les efforts déployés par l'OMS, y compris ses bureaux régionaux et ses bureaux de pays, par le Centre international de recherche sur le cancer et par d'autres organisations internationales pour renforcer les capacités des personnels de santé en première ligne par la formation aux techniques de dépistage et de traitement, ainsi que par l'éducation en matière de vaccins ;

⁵⁴ Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

⁵⁵ Document A78/4.

Consciente également de la nécessité de promouvoir l'accès aux services de dépistage du cancer du col de l'utérus, y compris éventuellement la disponibilité de l'autoprélèvement d'échantillons, qui peut créer un sentiment d'autonomisation et de participation ;

Sachant que le papillomavirus humain est la principale cause de cancer du col de l'utérus chez les femmes, qu'il peut également entraîner d'autres cancers chez les hommes et les femmes et que, malgré la disponibilité des vaccins, la couverture vaccinale contre le papillomavirus humain chez les filles de moins de 15 ans est loin de l'objectif de 90 % fixé pour 2030 ;

Sachant également que les approches efficaces de prévention primaire (vaccination contre le papillomavirus humain) et secondaire (dépistage et traitement des lésions précancéreuses) permettent de prévenir la plupart des cas de cancer du col de l'utérus ;

Soulignant que la vaccination contre le papillomavirus humain et le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses sont des stratégies d'un très bon rapport coût/efficacité pour prévenir le cancer du col de l'utérus ;

Considérant que renforcer la sensibilisation du public et améliorer l'accès à l'information et aux services sont des éléments essentiels de la lutte contre les maladies tout au long de la vie ;

Rappelant le caractère historique de la résolution WHA73.2 (2020), la toute première résolution dont l'objectif est de parvenir à l'élimination mondiale d'un cancer, et le lancement connexe, le 17 novembre 2020, de la Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique ;

Notant les réactions positives dans toutes les Régions au lancement de la Stratégie mondiale, ainsi que la poursuite des activités de plaidoyer, de planification, de mobilisation et de promotion de la santé, le 17 novembre de chaque année pour marquer cette journée, lesquelles ont permis d'encourager la collaboration à l'échelle communautaire, de promouvoir les services de prévention, de détection précoce et de traitement du cancer du col de l'utérus, et de maintenir l'attention sur l'importance de la solidarité dans les pays et entre les pays pour parvenir à éliminer un cancer pour la première fois au monde,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

- 1) à proclamer le 17 novembre Journée mondiale pour l'élimination du cancer du col de l'utérus, qui sera célébrée chaque année à partir de novembre 2025, afin de stimuler et de pérenniser les efforts mondiaux en faveur de l'élimination du cancer du col de l'utérus ;
- 2) à mettre à disposition des ressources suffisantes pour que les services de santé intègrent les efforts d'élimination du cancer du col de l'utérus, compte tenu de la situation et des priorités nationales, et dans le contexte de la réalisation de la couverture sanitaire universelle ;
- 3) à promouvoir et à appuyer la célébration, chaque année, de la Journée mondiale pour l'élimination du cancer du col de l'utérus afin de parvenir à un accès équitable à la couverture sanitaire universelle ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) de tirer parti de la Journée mondiale pour l'élimination du cancer du col de l'utérus afin de continuer à intensifier, conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, la mobilisation des parties prenantes, pour des activités de coordination,

d'innovation et de mobilisation des ressources visant à soutenir les efforts des États Membres en vue d'éliminer le cancer du col de l'utérus conformément à la résolution WHA73.2 (2020) et aux autres mandats applicables ;

2) de continuer à mettre l'accent sur les efforts déployés par les États Membres en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique, de consolider les registres du cancer au niveau de la population et d'utiliser des registres de vaccination et de dépistage du cancer du col de l'utérus pour mesurer les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs d'élimination, et de souligner que ces mesures sont essentielles pour garantir un accès précoce et facile à la vaccination contre le papillomavirus humain ;

3) de coordonner les efforts et de s'engager aux trois niveaux de l'Organisation, y compris au niveau régional, dans le but d'harmoniser les activités, de favoriser la collaboration et d'optimiser l'impact des campagnes de sensibilisation et de prévention en vue d'éliminer le cancer du col de l'utérus ;

3. RECOMMANDE aux parties prenantes et/ou aux partenaires :

1) de renforcer la collaboration multilatérale et internationale pour la promotion des connaissances et de services sûrs, abordables et de qualité, de produits et d'interventions de santé pour toutes et tous en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique, parallèlement à l'instauration de la couverture sanitaire universelle, et conformément à d'autres engagements régionaux connexes, en tenant compte de tout conflit d'intérêts éventuel ;

2) de tirer parti de la Journée mondiale pour l'élimination du cancer du col de l'utérus pour approfondir leur soutien et leur collaboration aux efforts déployés par les États Membres en vue d'atteindre les objectifs pertinents, compte tenu de la situation et des priorités nationales ;

4. DÉCIDE, conformément au paragraphe 1.1), que le 17 novembre sera proclamé Journée mondiale pour l'élimination du cancer du col de l'utérus, laquelle sera célébrée chaque année à partir de novembre 2025, afin de stimuler et de pérenniser les efforts mondiaux en faveur de l'élimination du cancer du col de l'utérus.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission A, quatrième rapport)

WHA78.9 Promouvoir le lien social au profit de la santé mondiale : le rôle essentiel du lien social pour combattre la solitude, l'isolement social et les inégalités en santé⁵⁶

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;⁵⁷

Réaffirmant le principe énoncé dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, qui définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste

⁵⁶ Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

⁵⁷ Document A78/4.

pas seulement en une absence de maladie, et estimant que le bien-être social, bien que souvent négligé, fait partie intégrante de la santé globale ;

Sachant que le lien social est un déterminant social de la santé et qu'il peut être lié à d'autres déterminants sociaux, économiques et environnementaux, entraînant, sur le plan de la santé, des répercussions qui se cumulent ;

Constatant que les technologies numériques ont des répercussions profondes et complexes sur le lien social, qui doivent être mieux comprises et gérées afin de renforcer des liens sociaux au bénéfice de la santé et du bien-être ;

Sachant que le lien social est un terme générique qui recouvre la façon dont les personnes entrent en relation et interagissent, et que l'isolement social et la solitude, lorsqu'ils sont chroniques, sont des formes de délitement du lien social qui ont des conséquences négatives sur la santé physique et mentale, l'espérance de vie et le bien-être ;

Notant que les inégalités et les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé peuvent aggraver la solitude et l'isolement social, et sachant que ces conditions ne sont pas vécues de manière égale par tous les membres de la société, certains étant davantage susceptibles d'être touchés de manière disproportionnée ;

Notant aussi que les données sur le délitement du lien social, l'isolement social et la solitude, en particulier sur leur prévalence, ainsi que sur les facteurs qui les favorisent et sur les conséquences sur la santé et le bien-être, restent rares, en particulier dans les pays en développement ;

Rappelant la résolution WHA62.14 (2009) intitulée « Réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé » ; la résolution WHA65.8 (2012) sur les résultats de la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé ; et la résolution WHA74.16 (2021) sur les déterminants sociaux de la santé, dans laquelle l'Assemblée appelle à réduire les disparités et les inégalités en santé et la répartition inégale des ressources consacrées à la santé au sein des pays et entre eux ;

Rappelant aussi la résolution WHA71.8 (2018), dans laquelle l'Assemblée de la Santé considère que l'accès aux équipements d'assistance facilite et favorise pleinement l'intégration, la participation et la collaboration des personnes handicapées à la société, et notamment la capacité d'entretenir des liens sociaux ;

Sachant qu'un lien social de qualité contribue à la réalisation des objectifs de développement durable, comme il est énoncé dans la résolution 70/1 (2015) de l'Assemblée générale des Nations Unies, et en particulier de l'objectif 3 qui vise à permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge, et de l'objectif 10, qui vise à réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre ; tout en considérant également que d'autres objectifs mondiaux de santé publique pourraient rester inatteignables si l'on ne met pas l'accent sur le lien social ;

Notant qu'un lien social de qualité et positif permet de prévenir et de réduire l'isolement social et la solitude, d'améliorer la santé physique et mentale et de prolonger l'espérance de vie, et contribue également à favoriser des comportements propices à la santé ;

Notant aussi qu'en revanche, le délitement du lien social et, en particulier, l'isolement social et la solitude sont associés à des maladies cardiovasculaires et à des problèmes de santé mentale, y compris la dépression, la démence et d'autres types de déclin cognitifs, et qu'ils ont des conséquences défavorables sur les personnes, les communautés et les sociétés ;

Considérant que les répercussions de la solitude et de l'isolement social sur la santé ont été aggravées pendant la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19), touchant toutes les tranches d'âge ;

Sachant combien il est essentiel de promouvoir un lien social de qualité et la participation sociale, et d'agir sur l'isolement social et la solitude, pour réduire les inégalités et les disparités en matière de santé et de bien-être, en particulier pour les plus vulnérables ;

Sachant en outre que, pour agir sur les déterminants sociaux de la santé, il faut prendre des mesures ciblant ou permettant de mieux comprendre les facteurs qui déterminent les liens sociaux, y compris les facteurs liés au genre ou à l'âge, et permettent de prévenir et de combattre l'isolement social et la solitude ;

Prenant note du rapport du Directeur général sur la santé mentale et le lien social,⁵⁸ qui indique que la nécessité impérieuse de prendre en compte le lien social est étayée par les preuves de plus en plus nombreuses de sa corrélation avec la santé, parallèlement aux évolutions technologiques (par exemple les médias sociaux et le télétravail) et aux tendances sociales à long terme, notamment le déclin des structures familiales élargies, l'augmentation des ménages unipersonnels, la mobilité accrue, le recul de la pratique religieuse dans de nombreux pays, l'allongement de la durée de vie et les conséquences des conflits et des catastrophes ;

Soulignant que les valeurs culturelles jouent un rôle important pour promouvoir le lien social, en améliorant l'inclusion et la cohésion sociales ;

Saluant les progrès accomplis par la Commission de l'OMS sur le lien social,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres,⁵⁹ selon leur situation et leurs priorités nationales :
 - 1) à élaborer des politiques, des programmes et des stratégies sur le lien social qui soient fondés sur des données probantes et/ou à intégrer ces questions dans les politiques, les stratégies et les programmes de santé existants et nouveaux, y compris ceux qui ciblent les déterminants sociaux de la santé ;
 - 2) à concevoir ou à renforcer, selon qu'il convient, des campagnes de sensibilisation du public pour souligner l'importance d'un lien social positif pour la santé mentale et physique et le bien-être général, tout en cherchant à réduire la stigmatisation liée à la solitude à toutes les étapes de la vie ;
 - 3) à renforcer les systèmes nationaux de suivi sanitaire et social, selon qu'il convient, afin d'évaluer la portée, les facteurs et les conséquences du lien social et de son délitement sur les résultats en matière de santé publique ;
 - 4) à élaborer et à intégrer des indicateurs, le cas échéant, sur la technologie numérique et les environnements numériques afin d'évaluer leurs répercussions sur le lien social, y compris des options de ventilation en fonction de l'âge, du genre, du handicap et de tout autre facteur pertinent relatif à l'équité ou au contexte ;
 - 5) à élaborer, à mettre en œuvre et à évaluer des stratégies favorisant le lien social afin de réduire l'isolement social et la solitude, qui soient fondées sur les meilleures données probantes actuellement disponibles, en tenant compte des personnes en situation de

⁵⁸ Document EB156/8.

⁵⁹ Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

vulnérabilité ; et à les intégrer dans les programmes de promotion de la santé, de prévention des maladies, de prise en charge et de rétablissement, ainsi que dans les plans de prévention, de préparation et de riposte face aux urgences sanitaires ;

6) à promouvoir, à appuyer et à diffuser les travaux en matière de données probantes et de recherche, y compris les études liées aux déterminants sociaux de la santé et la recherche sur les répercussions des technologies numériques et des plateformes de médias sociaux sur le lien social, la solitude et l'isolement social, en mettant l'accent sur leurs conséquences sur les résultats en matière de santé afin d'éclairer les politiques et les pratiques ;

7) à créer un environnement favorable à tous les niveaux, par le biais de collaborations et d'initiatives intersectorielles qui favorisent les interactions sociales, l'inclusivité et le soutien mutuel, y compris par la participation sociale ;

8) à renforcer la collaboration entre les secteurs de la culture et de la santé pour promouvoir l'inclusion et la cohésion sociales ;

9) à introduire des mesures qui favorisent l'utilisation sûre et responsable des technologies numériques, y compris les médias sociaux et l'intelligence artificielle, afin de faire progresser les connexions sociales ;

2. ENCOURAGE les organisations internationales et intergouvernementales et les acteurs non étatiques, y compris le secteur privé, les milieux universitaires, les donateurs et la société civile, à collaborer avec les États Membres et le Secrétariat dans le but :

1) d'agir sur les déterminants du délitement du lien social et de promouvoir un lien social positif ;

2) de soutenir l'échange et la diffusion des connaissances, de l'information et des pratiques exemplaires portant sur les liens sociaux positifs et/ou de grande qualité, la solitude et l'isolement social, et la santé et le bien-être physiques et mentaux, ainsi que l'évaluation de leur impact ;

3) de contribuer au développement d'environnements propices au lien social, et de tirer parti des technologies et des innovations qui favorisent le lien social et permettent d'agir sur l'isolement social et la solitude ;

4) de promouvoir l'élaboration de stratégies, en s'inspirant de celles déjà appliquées et en s'attachant à combler les lacunes en matière de connaissances, à stimuler la recherche sur le sujet et à favoriser les synergies entre les pays ;

3. PRIE le Directeur général :

1) d'inclure le lien social et les mesures connexes permettant de lutter contre la solitude et l'isolement social en tant que composante importante du programme de santé publique de l'OMS, des priorités en matière de recherche et des initiatives de renforcement des capacités dans l'ensemble des divisions de l'OMS et aux trois niveaux de l'Organisation ;

2) de fournir un appui technique pour l'élaboration d'études interrégionales qui tiennent compte des contextes culturels et sociaux et d'autres contextes pertinents, le cas échéant, afin d'améliorer les données disponibles pour éclairer les politiques fondées sur des données probantes ;

- 3) de fournir aux États Membres qui en font la demande une assistance technique et un soutien en matière de renforcement des capacités pour élaborer et mettre en œuvre des politiques et des interventions permettant d'améliorer le lien social, notamment par la participation sociale ;
- 4) de fournir une assistance technique, dans la mesure du possible, et sur demande, pour intégrer le lien social et prévenir l'isolement social et la solitude, y compris par l'utilisation des technologies numériques afin de réduire les répercussions négatives sur le lien social, dans le cadre des efforts visant à assurer la couverture sanitaire universelle et les soins de santé primaires, et à renforcer les systèmes de santé, y compris pour prévenir les problèmes sanitaires, s'y préparer et y faire face ;
- 5) d'appuyer, par le biais d'une assistance technique, les efforts de mobilisation de ressources nationales et internationales afin de renforcer les activités intersectorielles et le développement local en vue d'améliorer le lien social et d'atténuer l'isolement social et la solitude ;
- 6) d'élaborer des recommandations et des orientations pour agir sur le lien social dans le cadre des politiques et des programmes nationaux de santé ;
- 7) de collaborer avec les États Membres et d'autres institutions spécialisées des Nations Unies afin de mettre en avant le rôle que jouent le lien social, l'isolement social et la solitude en tant que déterminants sociaux de la santé ;
- 8) de présenter un rapport sur le résultat des travaux de la Commission de l'OMS sur le lien social au Conseil exécutif à sa cent cinquante-huitième session ; de faire rapport sur la mise en œuvre de la présente résolution à la Quatre-Vingtième Assemblée mondiale de la Santé en 2027, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent soixantième session ; et de rendre compte par la suite de l'état d'avancement des travaux associés à la présente résolution à la Quatre-Vingt-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé en 2029 et à la Quatre-Vingt-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé en 2031.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission A, quatrième rapport)

WHA78.10 Renforcer les capacités nationales de prise de décisions sur des bases factuelles pour l'adoption efficace de normes et de critères⁶⁰

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;⁶¹

Rappelant l'engagement collectif en faveur de l'instauration de la couverture sanitaire universelle et le rôle des données probantes, des connaissances et de l'innovation pour promouvoir la qualité des soins, améliorer la protection financière et obtenir des résultats positifs ;

Compte tenu du statut unique de l'OMS en tant qu'organisation fondée sur des données scientifiques et factuelles ainsi que de son leadership normatif, tels que définis dans sa Constitution

⁶⁰ Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

⁶¹ Document A78/4.

et dans le quatorzième programme général de travail, 2025-2028, qui met à nouveau l'accent sur l'impact au niveau des pays grâce à la mise à disposition rapide par l'OMS de produits normatifs, techniques et liés aux données, à l'accès élargi à ceux-ci et à leur adoption ;

Rappelant les expériences vécues pendant la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) et la nécessité de disposer d'orientations cliniques et de santé publique solides et disponibles en temps opportun, adaptées au contexte et répondant aux besoins locaux et aux considérations d'équité ;

Considérant que les données scientifiques constituent une base importante pour l'élaboration d'orientations cliniques et de santé publique, et consciente de la valeur de données scientifiques et factuelles de qualité pour veiller à ce que les informations complexes soient synthétisées et disponibles dans des formats accessibles aux utilisateurs finaux afin d'orienter la pratique et d'améliorer les résultats en matière de santé ;

Préoccupée par l'existence d'importantes lacunes, notamment l'insuffisance des ressources, dans la capacité des pays à produire et à utiliser des données probantes locales et mondiales pertinentes en vue d'élaborer de nouvelles orientations cliniques et de santé publique ou d'adapter les orientations existantes et de les doter de systèmes de retour d'information appropriés permettant de mesurer le rapport coût/efficacité et la qualité des soins cliniques, des orientations et des politiques de santé publique, ainsi que leur impact sur la santé et le bien-être de la population ;

Rappelant la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, la résolution WHA75.8 (2022) sur le renforcement des essais cliniques afin de fournir des données factuelles de qualité sur les interventions sanitaires et d'améliorer la qualité et la coordination de la recherche, et la résolution WHA63.21 (2010) sur le rôle et les responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé ;

Prenant note des recommandations issues de l'évaluation externe de la fonction normative de l'OMS au niveau des pays portant sur l'impact et l'efficacité des produits normatifs de l'OMS dans le contexte de chaque pays ;⁶²

Soulignant le rôle essentiel des normes et critères de l'OMS fondés sur des bases factuelles dans la prise de décisions en matière de santé et la nécessité de maintenir la confiance dans le système de santé et dans les processus mondiaux dans ce domaine pour établir des normes et des critères, en particulier compte tenu de la mésinformation et de la désinformation ;

Soulignant la nécessité de favoriser, dans le domaine clinique et de la santé publique, à l'échelle locale et régionale, un leadership fort et une solide aspiration à l'innovation centrés sur la personne et fondés sur les données scientifiques et factuelles, ce qui est le facteur clé pour instaurer un environnement propice à l'investissement local en faveur de la recherche, de l'infrastructure de santé publique et d'autres systèmes de soutien au niveau local et régional ;

Considérant qu'il importe de soutenir les priorités locales et d'éclairer la recherche propre à chaque contexte, notamment par la recherche sur la mise en œuvre, l'innovation et la mise au point de produits pour les maladies prioritaires à l'échelle locale en tenant compte des efforts en cours, tels que ceux sur les approches éprouvées axées sur des vaccins, des produits de diagnostic, des traitements et des fournitures médicales de qualité, y compris les interventions non pharmacologiques, numériques, de santé publique et de prévention,

⁶² [WHO normative function at the country level: evaluation report](#). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2024 (consulté le 3 mars 2025).

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres,⁶³ selon leur contexte national :
 - 1) à institutionnaliser, le cas échéant, des structures, des systèmes et des processus pour l'élaboration et l'adaptation d'orientations cliniques et de santé publique ;
 - 2) à renforcer le contrôle de la qualité à l'échelle nationale, ainsi que les cadres et les autorités réglementaires, afin de faciliter l'adoption appropriée des recommandations mondiales dans le domaine clinique et de la santé publique ;
 - 3) à accroître et à soutenir les investissements visant à renforcer les capacités nationales en vue de l'adaptation des orientations et de l'adoption en temps opportun des produits normatifs, y compris les technologies numériques adaptées aux besoins de santé publique et aux niveaux de maturité de leurs systèmes de santé respectifs ;
 - 4) à renforcer les cadres juridiques et politiques et le soutien national pour permettre une recherche-développement de qualité fournissant des données contextuelles afin de faciliter l'adoption, l'adaptation ou l'élaboration *de novo* d'orientations cliniques et de santé publique, selon les besoins ; et à appuyer le suivi et l'évaluation de l'utilisation et de l'impact de ces orientations pour des résultats en matière de santé meilleurs et plus équitables ;
 - 5) à coordonner les efforts visant à renforcer la production, la synthèse et l'utilisation des données probantes aux fins de la prise de décisions, et à garantir la diffusion et l'utilisation efficaces des recommandations cliniques et de santé publique afin de garantir leur impact à l'échelle locale ;
 - 6) à faciliter la recherche collaborative et multinationale sur des cadres de prise de décisions en matière de santé axés sur les recommandations cliniques et de santé publique, en tenant compte des contextes et des pratiques réglementaires nationaux et régionaux ;
 - 7) à créer ou à favoriser un environnement propice, y compris des cadres techniques et réglementaires pour la mise en œuvre des orientations cliniques et de santé publique, assortis d'un dispositif de retour d'information sur l'impact afin de pouvoir prendre des décisions et de fixer les priorités sur la base de données probantes dans le domaine de la santé ;
 - 8) à envisager de recourir à l'évaluation économique et à la hiérarchisation des priorités dans le cadre de l'élaboration des orientations nationales et à examiner les répercussions financières de leur diffusion et de leur mise en œuvre ;
2. PRIE le Directeur général :
 - 1) de faire en sorte que les produits normatifs de l'OMS restent d'un niveau systématiquement élevé et soient adaptés au contexte local, en accordant une attention particulière aux pays en développement, y compris les petits États insulaires ; répondent aux besoins des États Membres ; et soient élaborés et mis à disposition en temps opportun afin de garantir leur impact ;
 - 2) de tirer parti du pouvoir fédérateur de l'OMS afin de fournir et de soutenir, de manière systématique et intégrée, à toutes les étapes de l'application des données probantes aux politiques et de la mise en œuvre, des plateformes pour les parties prenantes concernées,

⁶³ Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

au moyen des systèmes numériques et suivant une approche évolutive⁶⁴ des produits normatifs de l'OMS, aux fins de la mise en œuvre et de l'impact dans les pays ;

- 3) de recenser les obstacles qui empêchent les États Membres d'adopter et de mettre en œuvre les produits normatifs de l'OMS, et d'aider les États Membres qui en font la demande à établir les priorités et à mettre en place des capacités et des mécanismes nationaux, le cas échéant, afin de produire des données contextuelles et de les utiliser à l'appui de l'adaptation et de l'adoption systématiques des normes et critères de l'OMS ;
- 4) de soutenir le multilinguisme et de veiller à ce que les produits normatifs de l'OMS soient publiés dans les six langues officielles de l'Organisation des Nations Unies, et de s'efforcer d'apporter un soutien éventuel aux États Membres en vue de la publication des produits normatifs dans leurs langues locales respectives ;
- 5) de soutenir et de faciliter, au sein des pays, entre les pays et entre les Régions, les collaborations visant à renforcer les capacités scientifiques nationales et régionales ;
- 6) de recenser les possibilités d'instaurer des mécanismes de collaboration régionaux tels que des centres d'excellence et, le cas échéant, de l'envisager, afin de faciliter l'accès des États Membres et des autres parties prenantes concernées aux compétences dont ils ont besoin ;
- 7) d'élaborer, dans les limites des ressources existantes, en étroite concertation avec les États Membres et avec l'apport des parties prenantes concernées, conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, selon qu'il convient, un cadre mondial sur l'adoption efficace des normes et des critères, ainsi qu'un plan d'action mondial pour la mise en œuvre du cadre en 2027 ;
- 8) de renforcer la capacité du Secrétariat à fournir un appui technique aux États Membres, dans les limites des ressources existantes, y compris par l'intermédiaire de l'Académie de l'OMS et des autres plateformes de formation technique de l'OMS, afin d'intensifier l'adaptation et la mise en œuvre des produits normatifs de l'OMS conformément au quatorzième programme général de travail, 2025-2028, en veillant à ce que la structure, les ressources, les actifs et les capacités appropriés soient mis en place ;
- 9) de faire rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la présente résolution à la Quatre-Vingtième Assemblée mondiale de la Santé en 2027, à la Quatre-Vingt-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé en 2029 et à la Quatre-Vingt-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé en 2031.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission A, cinquième rapport)

⁶⁴ [Quality Assurance, Norms and Standards](#). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2025 (consulté le 4 mars 2025).

WHA78.11 Les maladies rares : une priorité pour l'équité et l'inclusion dans le domaine de la santé mondiale⁶⁵

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;⁶⁶

Sachant qu'une maladie est souvent considérée comme rare quand elle touche moins de 1 personne sur 2000 au sein de la population générale et qu'il existe actuellement plus de 7000 maladies rares connues touchant plus de 300 millions de personnes dans le monde, dont 70 % débutent dès l'enfance ;⁶⁷ et que, si dans la plupart des cas la fréquence d'une maladie rare peut être déterminée à partir de la prévalence, l'incidence est un critère plus précis pour certaines maladies ;⁶⁸

Notant que les maladies rares sont souvent complexes et multisystémiques, touchant plusieurs organes et entraînant des comorbidités, et que nombre de ces affections sont chroniques et progressives et qu'elles peuvent par conséquent entraîner de graves handicaps et une mort prématurée ;

Consciente que certaines personnes atteintes d'une maladie rare présentent des handicaps, qui risquent d'aggraver leur état de santé, et qu'elles peuvent aussi se heurter à divers obstacles, susceptibles d'entraver leur pleine et effective participation à la société sur un pied d'égalité avec les autres ;⁶⁹

Consciente également qu'outre les répercussions physiques, certaines personnes atteintes d'une maladie rare, leur famille et leurs aidants et aidantes peuvent subir une discrimination et des conséquences psychosociales telles que l'isolement, la stigmatisation et des possibilités limitées d'inclusion sociale, que viennent souvent aggraver le manque de sensibilisation du public et les lacunes de connaissances, ainsi que l'absence, la portée limitée ou la mise en œuvre insuffisante de politiques et d'un soutien social ;

Consciente en outre que les personnes atteintes d'une maladie rare (y compris celles dont la maladie n'est pas diagnostiquée), leur famille et leurs aidants et aidantes peuvent être vulnérables sur les plans psychologique, social et économique tout au long de leur vie, faisant face à des difficultés particulières dans plusieurs domaines, notamment, mais non exclusivement, la santé physique et mentale, l'éducation, l'emploi, la situation financière et les loisirs ;

Soulignant l'importance d'adopter une approche holistique centrée sur le patient ou la patiente, afin de répondre aux besoins des personnes atteintes d'une maladie rare, en cherchant particulièrement à améliorer leur fonctionnement et en coopérant avec la société pour éliminer, dans la mesure du possible, les obstacles auxquels elles sont confrontées pour accéder à la santé, à l'éducation, à l'emploi et à d'autres domaines de la vie ;

⁶⁵ Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

⁶⁶ Document A78/4.

⁶⁷ *The Lancet Global Health*. [The landscape for rare diseases in 2024. Editorial](#) (consulté le 3 mars 2025).

⁶⁸ Wang et al. [Orphanet Journal of Rare Diseases. Operational description of rare diseases: a reference to improve the recognition and visibility of rare diseases \(2024\)](#), pp. 19–334 (consulté le 3 mars 2025).

⁶⁹ Résolution WHA74.8 (2021).

Notant que les prix élevés de nombreux produits de santé pour maladies rares, l'accès inéquitable à ces produits au sein d'un pays et d'un pays à l'autre, ainsi que les difficultés financières qu'engendrent ces coûts élevés posent d'importants problèmes à certaines personnes atteintes d'une maladie rare ;

Constatant, du point de vue de l'équité, que les femmes et les enfants atteints d'une maladie rare rencontrent de plus grandes difficultés pour accéder aux soins, notamment un diagnostic tardif, des biais dans l'évaluation des symptômes et un accès limité à un traitement approprié en temps utile, ce qui a des répercussions significatives sur leur qualité de vie et leur état de santé général ;

Mesurant par ailleurs l'importance de parvenir à la couverture sanitaire universelle, y compris pour les personnes atteintes d'une maladie rare, leur famille et leurs aidants et aidantes, et sachant que la couverture sanitaire universelle suppose que toutes les personnes aient accès, sans discrimination, à des ensembles de services de santé essentiels de qualité déterminés à l'échelle nationale, allant de la promotion de la santé jusqu'aux soins palliatifs, en passant par la prévention des maladies, le traitement et la réadaptation, ainsi qu'à des médicaments, vaccins, produits de diagnostic et technologies sanitaires, y compris des technologies d'assistance, essentiels, sûrs, abordables, efficaces et de qualité, en veillant à ce que le coût d'utilisation de ces services n'entraîne pas de difficultés financières ;

Mesurant aussi l'importance de mettre en œuvre des soins intégrés, en tenant compte du système de santé ainsi que des services sociaux et communautaires, pour permettre aux personnes atteintes d'une maladie rare de parvenir à un état de santé et à un bien-être optimaux ;

Sachant qu'il est essentiel de parvenir à la couverture sanitaire universelle pour améliorer la santé physique et mentale, le bien-être et l'espérance de vie de toutes et tous, y compris des personnes atteintes d'une maladie rare ;

Rappelant en particulier la cible 3.8 des objectifs de développement durable (ODD) des Nations Unies (« Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable »), la déclaration politique des Nations Unies issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle tenue en 2019,⁷⁰ qui mentionne les maladies rares, et la déclaration politique des Nations Unies issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle tenue en 2023,⁷¹ dans laquelle est réaffirmé l'engagement à ne laisser personne de côté, ainsi que d'autres résolutions et déclarations adoptées à l'échelle mondiale ;

Rappelant également la résolution 76/132 (2021) de l'Assemblée générale des Nations Unies intitulée « Relever les défis auxquels font face les personnes atteintes d'une maladie rare et leur famille », qui a ouvert la voie à une plus grande intégration des maladies rares dans les travaux et priorités du système des Nations Unies ;

Notant qu'il faut parfois plus de cinq ans pour parvenir à un diagnostic correct, que de nombreuses personnes atteintes d'une maladie rare ne reçoivent jamais de diagnostic adéquat ou en temps utile, bien que près de la moitié des maladies génétiques débutent dès l'enfance,

⁷⁰ Résolution 74/2 (2019) de l'Assemblée générale des Nations Unies.

⁷¹ Résolution 78/4 (2023) de l'Assemblée générale des Nations Unies.

et que l'insuffisance des programmes de dépistage, notamment de dépistage néonatal, ainsi que l'inégalité d'accès aux services de diagnostic, aux infrastructures et aux connaissances spécialisées contribuent à retarder le diagnostic et la prise en charge ;

Notant également que, pour les personnes chez qui une maladie rare est suspectée, mais aucun diagnostic n'est posé, l'accès à un circuit coordonné de diagnostic et de recherche offre l'espoir d'obtenir un diagnostic plus rapidement, comme le reconnaît le Consortium international de recherche sur les maladies rares ;

Rappelant la résolution WHA76.5 (2023) sur le renforcement des capacités en matière d'outils de diagnostic, dans laquelle l'Assemblée mondiale de la Santé considère que les services de diagnostic sont d'une importance cruciale pour la prévention, le diagnostic, la prise en charge des cas, le suivi et le traitement des maladies transmissibles, des maladies non transmissibles, des maladies tropicales négligées et des maladies rares, insiste sur le fait d'assurer l'accès équitable de toutes et tous aux produits de diagnostic, et souligne l'importance du diagnostic dans la prestation des services de santé, allant de la prévention jusqu'au traitement, et de l'accès aux projets de recherche sur les outils de diagnostic ;

Rappelant également la résolution WHA75.8 (2022) sur le renforcement des essais cliniques afin de fournir des données factuelles de qualité sur les interventions sanitaires et d'améliorer la qualité et la coordination de la recherche, dans laquelle l'Assemblée mondiale de la Santé appelle les États Membres, entre autres, à « promouvoir les essais cliniques ciblés sur la conception d'interventions sanitaires qui répondent aux priorités et préoccupations en matière de santé publique ayant une portée mondiale, régionale et nationale, notamment les maladies transmissibles et non transmissibles, l'accent étant placé sur les besoins sanitaires des pays en développement, et qui évaluent l'innocuité et l'efficacité des interventions sanitaires, particulièrement en ce qui concerne les maladies courantes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les besoins médicaux non satisfaits, les maladies rares et les maladies tropicales négligées » ;

Rappelant en outre la résolution WHA77.2 (2024) sur la participation sociale pour la couverture sanitaire universelle, la santé et le bien-être, dans laquelle l'Assemblée mondiale de la Santé invite instamment les États Membres, entre autres, à déployer « des efforts pour faire en sorte que la participation sociale influence la prise de décisions transparente en matière de santé tout au long du cycle d'élaboration des politiques, à tous les niveaux du système » ;

Rappelant par ailleurs la résolution WHA77.5 (2024), dans laquelle l'Assemblée mondiale de la Santé invite les États Membres, entre autres, à envisager de mettre en œuvre un programme universel de dépistage néonatal, y compris le dépistage complet des malformations congénitales ; et mesurant l'importance des programmes de détection précoce, y compris ceux pour la prévention et l'atténuation des problèmes de santé susceptibles d'entraîner des handicaps, tout en tenant compte des besoins et de considérations spécifiques pour le diagnostic, la prise en charge et les soins au long cours qui répondent aux besoins des enfants touchés ;

Considérant que la détection précoce peut prévenir l'apparition des symptômes ou retarder la progression des maladies courantes comme des maladies rares, et réduire ainsi la mortalité et la morbidité de l'enfant et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie rare, qui en retirent des avantages significatifs, tout comme leur famille, leurs aidants et aidantes et la société dans son ensemble ;

Constatant la disparité des ressources entre les zones rurales et urbaines au sein d'un pays et d'un pays à l'autre, la disponibilité limitée et la dispersion géographique des spécialistes des maladies rares et des centres d'expertise, ainsi que l'absence de parcours de soins, de systèmes d'orientation et de plateformes efficaces de partage des connaissances, ce qui entrave les consultations de diagnostic nécessaires avec les spécialistes et empêche de fournir des soins optimaux aux patients et patientes, aboutissant en une prise en charge clinique sous-optimale des personnes atteintes d'une maladie rare ;

Notant qu'en raison, notamment, des ressources limitées consacrées à la recherche, au diagnostic et au traitement, et du manque d'investissements équitables et d'incitations financières en faveur de la mise au point de médicaments dans le domaine des maladies rares, il n'existe toujours pas de traitement efficace pour plus de 95 % des maladies rares ;

Sachant que, même lorsque des traitements et des soins sont disponibles, les coûts élevés entraînent souvent un accès tardif, incohérent et inéquitable ;

Sachant également que les maladies rares entrent dans le champ d'application du quatorzième programme général de travail de l'OMS, 2025-2028, et consciente des efforts déployés par l'OMS pour atteindre les objectifs fixés dans sa première priorité stratégique consistant à étendre la couverture sanitaire universelle à un milliard de personnes supplémentaires, telle qu'énoncée dans le treizième programme général de travail de l'OMS, 2019-2025, compte tenu de la situation et des priorités nationales des pays ;

Considérant par ailleurs que, même si chaque pays, compte tenu de sa situation et de ses priorités nationales, est confronté à des difficultés uniques pour répondre aux besoins des personnes atteintes d'une maladie rare, il existe des problèmes communs, tels que des budgets de santé limités et une pénurie de services spécialisés, de ressources et d'expertise entraînant des inégalités en matière de santé au sein d'un État Membre et d'un État Membre à l'autre, problèmes qui, pris collectivement, empêchent souvent les personnes atteintes d'une maladie rare d'accéder aux soins et au soutien dont elles ont besoin, et ce partout dans le monde ;

Soulignant l'engagement du Secrétariat à promouvoir l'équité en santé et à aider les États Membres à veiller à ce que toutes les personnes atteintes d'une maladie rare, quel que soit leur état, bénéficient de services de santé appropriés en temps utile ;

Insistant sur la nécessité cruciale d'une collaboration mondiale pour s'attaquer aux problèmes particuliers auxquels sont confrontés les personnes atteintes d'une maladie rare, leur famille et leurs aidants et aidantes, en particulier les mères, y compris : la mise en œuvre de politiques et de programmes visant à prévenir et à combattre la stigmatisation et l'exclusion sociale ; la collecte de données précises ; et une plus grande sensibilisation, compte tenu de la situation et des priorités nationales des pays ;

Consciente qu'il faut favoriser une innovation tendant à la cohésion sociale et réduisant les inégalités et la discrimination, intensifier les efforts de recherche et mettre au point des thérapies novatrices pour les maladies rares ;

Soulignant la nécessité de s'attaquer aux causes profondes des inégalités et de la discrimination dont sont victimes les personnes atteintes d'une maladie rare, leur famille et leurs aidants et aidantes, et considérant à cet égard qu'il faut adopter des politiques et programmes de santé visant à favoriser l'inclusion et à créer les conditions propices au respect des droits et de la dignité de ces personnes ;

Notant que les maladies rares peuvent entraîner des handicaps, rappelant à cet égard les principes consacrés dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé et dans la Convention relative aux droits des personnes handicapées, et insistant sur l'importance de mettre en œuvre ces principes, notamment par des politiques, programmes et stratégies pertinents au niveau national et international afin de promouvoir l'inclusion et les droits des personnes présentant ces handicaps ;

Rappelant la résolution 78/12 (2023) de l'Assemblée générale des Nations Unies, intitulée « Journée mondiale de sensibilisation à la myopathie de Duchenne », ⁷² dans laquelle l'Assemblée générale des Nations Unies décide de faire du 7 septembre, actuelle Journée mondiale de sensibilisation à la myopathie de Duchenne, une Journée des Nations Unies, sachant que la dystrophie musculaire de Duchenne est l'une des maladies génétiques pédiatriques rares les plus répandues, et encourage les États Membres à sensibiliser aux difficultés et aux besoins particuliers des personnes touchées par une maladie rare, de leur famille et de leurs aidants et aidantes, en organisant des campagnes nationales et des programmes éducatifs et en diffusant des informations afin de favoriser une meilleure compréhension et de susciter une plus grande empathie à l'égard des personnes touchées par une maladie rare, et de promouvoir la solidarité mondiale,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres, ⁷³ selon leur situation et leurs priorités nationales :
 - 1) à s'engager :
 - a) à fournir l'appui nécessaire au Secrétariat de l'OMS afin d'élaborer un plan d'action mondial complet pour les maladies rares ;
 - b) à intégrer les maladies rares dans la planification nationale en matière de santé en élaborant et en mettant en œuvre au niveau national des politiques, des programmes et des mesures efficaces, y compris des mesures de prévention primaires et secondaires fondées sur des données probantes, ainsi que des stratégies visant à prévenir les maladies rares et à améliorer les services de santé pour les personnes qui en sont atteintes en adoptant une approche intégrée, et à garantir un accès équitable à un diagnostic précis, d'un bon rapport coût/efficacité, financièrement abordable et disponible en temps utile, en particulier pour les nouveau-nés, grâce à un programme de dépistage universel, ainsi qu'à des traitements également d'un bon rapport coût/efficacité et aux services sociaux et de santé ;
 - c) à mettre en œuvre des programmes efficaces de promotion de la santé mentale et de soutien psychosocial pour les personnes atteintes d'une maladie rare, ainsi que des politiques et initiatives qui favorisent le bien-être de leur famille et de leurs aidants et aidantes ;
 - d) à redoubler d'efforts pour atteindre et étendre la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030, en garantissant une vie saine et le bien-être de toutes et tous, y compris des personnes atteintes d'une maladie rare, tout au long de leur vie, afin d'enrayer la hausse des dépenses de santé catastrophiques à la charge des patients et patientes puis d'inverser la tendance, selon qu'il convient, en réaffirmant l'engagement à fournir progressivement aux personnes atteintes d'une maladie rare des produits de santé essentiels de qualité, des services de santé, ainsi que des médicaments, des produits de diagnostic et des technologies de santé financièrement abordables d'ici à 2030 ;

⁷² Résolution 78/12 (2023) de l'Assemblée générale des Nations Unies.

⁷³ Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

- e) à renforcer les systèmes de santé, en particulier les soins de santé primaires, afin d'assurer l'accès universel à un large éventail de services de santé abordables et de qualité pour les personnes atteintes d'une maladie rare, en particulier les enfants ;
- f) à favoriser l'inclusion des compétences en matière de prévention, de diagnostic, de traitement et de prise en charge des maladies rares dans la formation initiale des étudiants et étudiantes et dans la formation continue des soignants et soignantes ;
- g) à multiplier les initiatives de sensibilisation et d'éducation portant sur les maladies rares auprès des prestataires de soins, des responsables politiques et du public afin que les personnes touchées par ces maladies soient mieux comprises et soutenues ;
- h) à éliminer les obstacles auxquels les personnes atteintes d'une maladie rare, leur famille et leurs aidants et aidantes sont confrontés en matière d'accès à l'eau potable, à l'assainissement et à l'hygiène, notamment les obstacles physiques, institutionnels, sociaux et comportementaux, en préconisant des mesures appropriées pour garantir un accès équitable à toutes ces personnes, tant dans les zones rurales que dans les zones urbaines ;
- i) à envisager, le cas échéant, le développement et l'utilisation des technologies numériques,⁷⁴ y compris la télémédecine et les plateformes de partage de données, afin d'améliorer l'accès aux spécialistes et aux traitements, en particulier dans les zones reculées ou celles où les ressources médicales sont limitées, en veillant à ce que ces technologies soient accessibles ;
- j) à promouvoir la participation des organisations de patients et patientes, des groupes de soutien par les pairs, des organisations de personnes handicapées, y compris les groupes menés par des personnes atteintes d'une maladie rare, à l'élaboration des politiques, afin de s'assurer que la voix des personnes touchées par une maladie rare soit entendue et intégrée dans les processus décisionnels ;
- k) à faciliter la mise en place, le cas échéant, d'équipes spéciales ou d'organes de coordination nationaux chargés de superviser la mise en œuvre des politiques relatives aux maladies rares, en vue d'une meilleure responsabilisation et d'une gestion efficace ;
- l) à encourager la création de centres d'excellence nationaux, régionaux et internationaux en tant que pôles spécialisés dans les soins, la recherche et la formation pour les maladies rares ;
- m) à encourager la création d'un registre national des maladies rares ou la contribution aux registres internationaux existants pour les maladies rares, selon qu'il convient, afin de renforcer leur capacité de collecte et d'analyse de données, et à diffuser des données ventilées sur les personnes atteintes d'une maladie rare, tout en respectant la protection des données et la vie privée, pour que des décisions fondées sur des données probantes puissent être prises à tous les niveaux ;
- n) à envisager la mise en œuvre de la Onzième Révision de la Classification internationale des maladies et, le cas échéant, des systèmes de codification interopérables pour les maladies rares, tels que la nomenclature des maladies rares Orphanet, dans les meilleurs délais et en fonction des ressources disponibles, afin de permettre l'enregistrement, la notification et le suivi des maladies rares au niveau national et international ;

⁷⁴ En s'appuyant, entre autres, sur la Stratégie mondiale de l'OMS pour la santé numérique 2020-2025.

- 2) à encourager la collaboration entre les responsables politiques, les autorités gouvernementales chargées de la santé et de la recherche, les établissements d'enseignement, les cliniciens et cliniciennes, les organisations de patients et patientes, le secteur privé et la société civile afin de favoriser l'innovation dans la recherche et la mise au point de produits de diagnostic et de traitements novateurs qui permettent de s'attaquer de manière proactive aux maladies rares ;
- 3) à soutenir les efforts visant à adopter des modes de financement novateurs et à mobiliser des moyens provenant de multiples sources (par exemple les bailleurs de fonds publics et privés) afin de mener une action intégrée pour les maladies rares, y compris la recherche et l'innovation, et à envisager d'élargir les possibilités, en mettant l'accent sur les pays en développement ;
- 4) à renforcer la coopération au niveau national, régional et international afin de promouvoir un accès équitable et en temps utile à des médicaments abordables, sûrs, efficaces et de qualité pour toutes les personnes atteintes d'une maladie rare à travers le monde, en ne laissant personne de côté ;
- 5) à attirer l'attention des hauts responsables sur les maladies rares et les aspects connexes au sein des enceintes multilatérales, selon qu'il convient, afin de contribuer à assurer une visibilité et une dynamique politiques durables et concrètes et d'étudier les moyens d'intégrer les maladies rares dans les politiques et programmes de santé reflétant les stratégies et priorités nationales ;
- 6) à évaluer régulièrement, le cas échéant, la mise en œuvre de leurs plans d'action nationaux pour les maladies rares et, dans la mesure du possible, à évaluer leur contribution à la mise en œuvre des plans d'action régionaux pour les maladies rares ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) d'élaborer, en concertation avec les États Membres et en collaboration avec les organisations non gouvernementales – conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, selon qu'il convient – y compris les organisations de patients et patientes, les établissements d'enseignement et les spécialistes des maladies rares, un projet de plan d'action mondial décennal complet pour les maladies rares, conformément aux priorités stratégiques approuvées par l'OMS et à son quatorzième programme général de travail, 2025-2028, comprenant tous les travaux préparatoires nécessaires et les aspects budgétaires, qui sera soumis à la Quatre-Vingt-Unième Assemblée mondiale de la Santé pour examen en 2028 ;
- 2) de mener des travaux préparatoires, y compris : recenser les normes, les lignes directrices et les protocoles existants de l'OMS relatifs aux maladies rares ; établir un premier rapport technique sur les maladies rares ; recenser les opportunités d'innovation technologique (y compris la cybersanté, les applications de santé mobile, les solutions numériques et l'intelligence artificielle) pour centraliser les informations cliniques de santé aux fins du diagnostic et du traitement ;
- 3) d'établir un axe de travail visant à promouvoir la couverture sanitaire universelle pour les personnes atteintes d'une maladie rare ;
- 4) de recenser les centres d'excellence dans le monde entier capables de regrouper les travaux cliniques menés dans certains groupes de maladies rares, qui peuvent servir de centres d'échange d'expériences et de connaissances cliniques et permettre aux pairs de fournir des examens et conseils médicaux, y compris au-delà des frontières ;

- 5) de s'assurer que le plan d'action mondial pour les maladies rares englobe les éléments clés suivants, sans toutefois s'y limiter :
- a) un cadre global pour favoriser un accès équitable à des produits de diagnostic précis, disponibles en temps utile, d'un bon rapport coût/efficacité et financièrement abordables et à des traitements fondés sur des données probantes, et une prise en charge adéquate des maladies rares, conformément aux principes de la couverture sanitaire universelle tels qu'énoncés dans les déclarations politiques des Nations Unies issues des réunions de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle tenues en 2019 et 2023, et compte tenu des déterminants sociaux de la santé ;
 - b) des stratégies visant à améliorer la collecte de données, la recherche et la surveillance pour les maladies rares afin d'en améliorer la compréhension, la détection précoce et la confirmation en temps utile, y compris en matière de dépistage, de diagnostic et d'options thérapeutiques, en collaboration avec les autorités nationales des États Membres, dans le but ultime de partager les connaissances et les données dans ce domaine et d'encourager l'investissement dans la recherche ;
 - c) des lignes directrices pour l'établissement de registres nationaux et régionaux afin de faciliter le dépistage, le suivi et la prise en charge des maladies rares ;
 - d) des cibles mondiales et des objectifs stratégiques, ainsi que des orientations claires pour améliorer l'accès à des services de santé abordables et équitables pour les personnes atteintes d'une maladie rare, une liste de produits de santé essentiels nécessaires à un diagnostic précis et à un traitement efficace de ces personnes, ainsi qu'un accompagnement pour la responsabilisation et le suivi des progrès de la mise en œuvre, y compris au niveau national ;
- 6) de soutenir les États Membres qui le demandent dans l'élaboration de politiques et de stratégies nationales visant à améliorer la santé des personnes atteintes d'une maladie rare, y compris en ce qui concerne les implications sociales et financières d'un soutien durable et inclusif à ces personnes ;
- 7) de soumettre un projet de plan d'action mondial pour les maladies rares, pour examen, au Conseil exécutif à sa cent soixante-deuxième session, dans l'intention de soumettre ce projet à la Quatre-Vingt-Unième Assemblée mondiale de la Santé en 2028 pour adoption ;
- 8) de faire rapport à la Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en 2026, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent cinquante-huitième session, sur la mise en œuvre de la présente résolution, puis de soumettre des rapports de situation à la Quatre-Vingt-Unième Assemblée mondiale de la Santé en 2028 et à la Quatre-Vingt-Troisième Assemblée mondiale de la Santé en 2030.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission A, cinquième rapport)

WHA78.12 Renforcer le financement de la santé à l'échelle mondiale⁷⁵

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général,⁷⁶

Ayant examiné également le Rapport mondial de suivi de la couverture sanitaire universelle 2023, qui montre que le monde n'est pas sur la bonne voie pour accomplir des progrès significatifs vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle et se conformer aux objectifs de développement durable d'ici à 2030, les indicateurs connexes (3.8.1 ou 3.8.2) n'ayant que peu, voire pas du tout, progressé depuis 2015 ;

Consciente que la croissance a eu des avantages inégaux, sachant que près de deux milliards de personnes sont confrontées d'une façon ou d'une autre à des difficultés financières en raison des dépenses directes ; qu'un milliard de personnes dans le monde consacrent plus de 10 % du budget de leur ménage aux soins de santé ; et que plus de 340 millions de personnes ont basculé ou se sont enfoncées dans l'extrême pauvreté du fait des dépenses directes ;

Rappelant la résolution WHA77.17 (2024) intitulée « Renforcer la préparation et la riposte face aux urgences de santé publique par des amendements ciblés au Règlement sanitaire international (2005) », notamment l'importance de la collaboration pour répondre aux besoins des pays en développement en matière d'acquisition, de renforcement et de maintien des principales capacités requises au titre du Règlement sanitaire international (2005), conformément à l'article 44 du Règlement ;

Rappelant également la résolution WHA58.33 (2005) sur le financement durable de la santé, la couverture universelle et les systèmes de sécurité sociale et la résolution WHA64.9 (2011) sur les structures durables de financement durable de la santé et la couverture universelle, et notant que les systèmes de santé ont pour effet la prestation de services de santé complets, l'accent étant mis sur les soins de santé primaires, y compris les services de prévention ;

Rappelant en outre la déclaration politique issue de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle,⁷⁷ dans laquelle des lacunes ont été recensées, notamment en ce qui concerne le financement des systèmes de santé dans le monde, et des solutions proposées, telles qu'une collaboration étroite entre les autorités financières et sanitaires et le développement des capacités des décideurs et décideuses et des praticiens et praticiennes pour renforcer le financement de la santé par le biais de diverses initiatives, afin de progresser plus vite vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030, sachant notamment que les ressources publiques nationales sont la principale source de financement et que le financement de la santé exige une solidarité mondiale et un effort collectif pour soutenir les démarches visant à créer et à renforcer les capacités dans les pays en développement ;

Rappelant par ailleurs la résolution WHA77.13 (2024) sur l'économie de la santé pour tous, dans laquelle l'Assemblée de la Santé constate que la santé et l'économie sont liées et met en évidence l'importance d'une perspective de l'économie du bien-être qui souligne le renforcement mutuel de la santé, du bien-être et de l'économie ;

⁷⁵ Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

⁷⁶ Document A78/4.

⁷⁷ Résolution 78/4 (2023) de l'Assemblée générale des Nations Unies.

Rappelant également la résolution 74/2 (2019) de l'Assemblée générale des Nations Unies visant à intensifier la lutte contre les maladies non transmissibles dans le cadre des progrès vers la couverture sanitaire universelle, et la déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles,⁷⁸ dans lesquelles l'Assemblée affirme que c'est aux gouvernements qu'il incombe au premier chef de relever le défi que représentent les maladies non transmissibles en élaborant des ripostes nationales multisectorielles adaptées en vue de la prévention et de la maîtrise de ces maladies, tout en soulignant l'importance cruciale de la couverture sanitaire universelle pour lutter contre les maladies infectieuses ;

Rappelant en outre la résolution WHA67.23 (2014) sur l'évaluation des technologies et des interventions sanitaires à l'appui de la couverture sanitaire universelle, dans laquelle il est admis que la part des dépenses associées aux produits pharmaceutiques, des outils de diagnostic et des ressources humaines est importante dans le financement des soins de santé au sein des pays et que l'évaluation des technologies de la santé peut étayer les décisions en matière d'allocation, quelles que soient les ressources disponibles ;

Prenant acte des demandes et des priorités croissantes en dehors du secteur de la santé, y compris le service de la dette, dans les budgets nationaux des pays en développement, tout en constatant les lacunes dans les stratégies de santé nationales, y compris l'objectif consistant à consacrer au moins 15 % du budget annuel de l'État à l'amélioration du secteur de la santé, conformément à la Déclaration d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses connexes, et soulignant qu'il importe d'inscrire la santé parmi les priorités du programme du gouvernement et que l'investissement dans la santé est un investissement dans la croissance économique du pays susceptible d'aboutir à la stabilité macroéconomique ;⁷⁹

Consciente de l'importance d'un leadership politique et d'un engagement au-delà du secteur de la santé pour appliquer des approches associant tous les pouvoirs publics et la société dans son ensemble et l'économie du bien-être, afin d'améliorer le financement de la santé ;

Rappelant que le quatorzième programme général de travail de l'OMS, 2025-2028, souligne le rôle central du financement durable de la santé pour progresser vers la réalisation de tous les résultats connexes en matière de santé, y compris la couverture sanitaire universelle, rôle spécifiquement mentionné dans les résultats 3 et 4 concernant l'importance de mettre en place des politiques et des systèmes de financement de la santé durables et d'assurer la protection financière ;

Considérant que les mécanismes de financement public devraient constituer l'essentiel du financement des soins de santé primaires pour garantir que toutes les personnes, y compris les plus pauvres, bénéficient des soins nécessaires sans être confrontées à des difficultés financières ;

Rappelant la résolution WHA77.2 (2024) sur la participation sociale pour la couverture sanitaire universelle, la santé et le bien-être, et notant que la participation sociale peut favoriser le respect mutuel et la confiance, tout en rendant les systèmes de santé, y compris les systèmes de financement de la santé, plus réactifs, équitables et résilients ;

Prenant en considération les orientations techniques de l'OMS sur le financement de la santé, notamment le rapport final de 2014 établi par le groupe consultatif de l'OMS sur l'équité et la couverture sanitaire universelle, la grille d'évaluation des progrès en matière de financement de la santé, le rapport mondial annuel de l'OMS sur les dépenses de santé et d'autres documents d'orientation ;

⁷⁸ Résolution 73/2 (2018) de l'Assemblée générale des Nations Unies.

⁷⁹ Résolution WHA77.13 (2024).

Mesurant en outre la nécessité d'améliorer la coordination des parties concernées par la santé mondiale en vue d'appuyer les priorités, les systèmes et les plans des pays en matière de couverture sanitaire universelle et de renforcement des systèmes de santé, conformément au Programme de Lusaka, qui ouvre la voie à une vision commune à long terme de systèmes de santé financés au niveau national pour la couverture sanitaire universelle afin de ne laisser personne de côté ;

Constatant aussi que le nombre de ménages confrontés à des difficultés financières ou renonçant à des soins est probablement sous-estimé en raison des insuffisances de la collecte de données sur la protection financière ;

Consciente également de la nécessité de mener des interventions et d'assurer un soutien financier aux pays en conflit pour rétablir les infrastructures médicales, apporter les fournitures médicales essentielles et faciliter l'accès de la population aux services de santé ;

Notant la nécessité d'un financement durable pour améliorer l'accès aux médicaments,

1. PRIE INSTAMMENT les États Membres,⁸⁰ selon leur situation et leurs priorités nationales :

1) de mettre en œuvre, de renforcer et d'harmoniser les politiques et les réformes, y compris les mécanismes de protection sociale pertinents, pour s'attaquer aux causes de la faible protection financière et améliorer l'accès aux services de santé sans confronter les populations à des difficultés financières, notamment en accordant la priorité aux pauvres et aux autres personnes qui risquent d'être exposées à de telles difficultés, moyennant la réduction des dépenses directes, le cas échéant, en mettant particulièrement l'accent sur les recettes publiques en tant que principale source de financement, tout en tirant parti des financements extérieurs afin d'accroître les recettes publiques et de renforcer les systèmes de santé ;

2) d'accorder la priorité à la mise en commun des fonds publics, y compris les recettes provenant des impôts directs et indirects, et des prélèvements, le cas échéant, et des cotisations obligatoires à l'assurance-maladie, afin de réduire la fragmentation et les dépenses directes sur le lieu de soins ;

3) de privilégier, le cas échéant, les enjeux de santé dans les budgets publics, grâce à un leadership et à un engagement politiques solides au niveau national et régional, notamment en s'appuyant sur la Déclaration d'Abuja, afin de favoriser l'efficacité des systèmes de santé et l'utilisation efficace des ressources, de renforcer les systèmes de gestion des finances publiques, y compris par la transition numérique, tout en soutenant la mobilisation globale des ressources nationales en tant que principale source de financement de la santé, y compris pour la couverture sanitaire universelle, et l'objectif recommandé consistant à consacrer 1 % supplémentaire ou plus du produit intérieur brut aux soins de santé primaires, comme indiqué dans la résolution 74/2 (2019) de l'Assemblée générale des Nations Unies, et d'envisager d'instaurer des taxes sur le tabac, le sucre et l'alcool et de les augmenter en vue d'obtenir des recettes fiscales n'engendrant aucune distorsion et permettant de réduire les facteurs de risque des maladies non transmissibles, selon qu'il convient dans le contexte national ;

4) de renforcer leurs capacités nationales et régionales respectives en matière de recherche-développement, de fabrication et de réglementation afin de parvenir à des systèmes de santé résilients, et d'attirer les investissements privés assortis de garanties

⁸⁰ Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

adéquates pour assurer la transparence et la responsabilité afin de protéger l'intérêt public et la croissance économique ;

5) de concentrer les ressources nationales sur un ensemble abordable de prestations de santé essentielles, fondées sur des bases factuelles et mises au point dans le cadre de processus inclusifs et transparents soutenus par l'évaluation des technologies de la santé, qui éclairent les réformes budgétaires et de financement de la santé, y compris la hausse des recettes, la mise en commun de ressources et les achats stratégiques, et la simplification d'autres interventions efficaces et rentables pour obtenir des résultats significatifs en matière de santé avec des ressources limitées ;

6) de renforcer le rôle de l'OMS en matière d'élaboration d'orientations normatives sur des approches efficaces d'établissement des priorités, y compris l'évaluation des technologies de la santé fondée sur des données probantes, laquelle peut éclairer les réformes en matière de budget et d'achats ;

7) d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques et des réformes visant à remédier à la fragmentation et à promouvoir des systèmes de financement de la santé cohérents et harmonisés, dans l'ensemble des programmes de santé, y compris les régimes progressifs de couverture de l'assurance-maladie, ainsi que le financement de la prévention, de la préparation et de la riposte face aux pandémies, afin de garantir que les budgets sont consacrés aux besoins prioritaires en matière de santé pour ne laisser personne de côté et atténuer les difficultés financières ;

8) de renforcer et, selon qu'il conviendra, d'établir des capacités institutionnelles, ainsi que des systèmes nationaux de collecte de données et de notification, en vue d'assurer un suivi et une notification systématiques des ressources sanitaires nationales et externes et de la protection financière, qui soient intégrés aux systèmes nationaux appropriés de financement et de données budgétaires et tirent parti de l'apprentissage automatique, de l'intelligence artificielle et des technologies numériques fondées sur des normes éthiques et des principes numériques afin d'améliorer la prise de décisions ;

9) de concevoir et de rationaliser les processus permettant une transition sans heurts et durable de l'aide extérieure en faveur de la santé à un financement national de la santé suffisamment solide, notamment par l'intégration progressive des flux de financement verticaux dans les systèmes nationaux de gestion des finances publiques et d'achats, au moyen d'instruments tels que les approches sectorielles et les pactes pour la santé ;

10) d'envisager de fournir un appui financier supplémentaire, le cas échéant, pour les activités de l'OMS relatives au financement de la santé et à l'économie afin de progresser sur la voie de la couverture sanitaire universelle ;

11) de tenir les engagements pris en matière de dépenses nationales de santé et de faire avancer le Programme d'action d'Addis-Abeba issu de la troisième Conférence internationale sur le financement du développement, notamment, le cas échéant, l'engagement pris par nombre de pays développés d'atteindre l'objectif fixé par l'Organisation des Nations Unies consistant à consacrer 0,7 % du revenu national brut à l'aide publique au développement, en assurant un financement plus efficace de la santé qui soit conforme aux priorités nationales ;

2. ENCOURAGE les États Membres, les initiatives de santé mondiale, les fondations philanthropiques et les institutions et les mécanismes de financement internationaux et régionaux, conformément à leurs mandats respectifs :

- 1) à financer les priorités nationales en envisageant des conditions favorables, conformément aux modalités de planification, aux processus budgétaires et aux cycles de suivi et d'évaluation dans les pays, à acheminer progressivement leurs fonds par le biais de systèmes de gestion des finances publiques et à rendre compte des progrès accomplis grâce à des processus nationaux de suivi des dépenses courantes, y compris les comptes nationaux de la santé, le cas échéant, tout en améliorant leur coordination et leur transparence à l'appui des priorités nationales ;
- 2) à étudier la possibilité de sources de financement novatrices et à s'engager de manière constructive dans des négociations au sein des enceintes multilatérales afin d'aider à combler le déficit de financement de la santé, y compris par le biais de prêts à des conditions favorables pour le financement de la santé dans les pays en développement et dans ceux touchés par des conflits ;

3. PRIE le Directeur général :

- 1) de maintenir le mandat de l'OMS en matière de financement de la santé et de renforcer son rôle dans la fourniture d'un soutien aux pays, en tant que condition préalable essentielle à la réalisation de la couverture sanitaire universelle ;
- 2) d'établir un rapport sur les dépenses de santé et l'état du financement de la santé dans le monde, qui sera présenté en 2026, en 2028 et en 2030 lors de réunions organisées par l'OMS avec les États Membres, des institutions régionales, d'autres organismes des Nations Unies, des partenaires internationaux du développement, des institutions financières internationales, des fondations, des établissements universitaires, des organisations de la société civile et d'autres parties prenantes, conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, selon qu'il convient ;
- 3) d'appuyer les efforts visant à améliorer la qualité et la disponibilité des données, la rapidité et la transparence du suivi des flux de financement nationaux et externes, les tendances et la viabilité en matière de santé au fil du temps, y compris par le biais des comptes nationaux de la santé, le cas échéant, et de suivre l'alignement et l'impact des dépenses de santé sur les budgets nationaux et sur les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de développement durable liés à la santé, en mettant l'accent sur les soins de santé primaires, le renoncement aux soins, les dépenses directes et la protection financière, la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies, l'aide au développement, les contributions liées à l'assurance, et de collaborer avec les ministères de la santé et des finances, les banques multilatérales de développement, l'Organisation de coopération et de développement économiques, des initiatives mondiales en faveur de la santé, des organisations non gouvernementales et d'autres parties prenantes conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, selon qu'il convient, y compris en tirant parti de l'intelligence artificielle et des technologies numériques ;
- 4) d'élaborer, le cas échéant, et d'actualiser des bases factuelles, des orientations et des outils sur le financement de la santé et l'économie, et de soutenir les États Membres dans leurs efforts visant à renforcer leurs capacités à concevoir et à mettre œuvre des politiques et des réformes de financement de la santé, ainsi que des mécanismes financiers,

qui favorisent les progrès vers la couverture sanitaire universelle, y compris la collecte et la mise en commun des recettes, le renforcement de la gestion des finances publiques, la protection financière, la conception et l'achat stratégique d'ensembles de prestations prioritaires, la mise en œuvre effective d'évaluations des technologies de la santé et l'achat de produits rentables, en mettant l'accent sur le principe consistant à ne laisser personne de côté, et qui favorisent une meilleure coordination, une meilleure collaboration et un meilleur alignement des partenaires et des institutions régionales et internationales pour fournir un soutien fiable à long terme ;

5) de renforcer et d'améliorer la fonction d'observatoire existante et spécialisée de l'OMS servant à suivre l'aide au développement et les flux de financement national de la santé et à en rendre compte, afin d'améliorer la visibilité et la transparence des tendances en matière de financement et de protection financière s'agissant de volume et d'efficacité, d'évaluer leur impact, de produire des connaissances et de l'expertise, en tirant parti des comptes nationaux de la santé et d'autres sources de données, et en renforçant les capacités et le leadership au niveau régional et national en matière de financement de la santé pour soutenir les pays en développement, en partenariat avec les organismes des Nations Unies, les partenaires internationaux de développement, les institutions financières internationales, les fondations, les établissements universitaires, les organisations de la société civile et d'autres parties prenantes, conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, selon qu'il convient ;

6) d'appuyer, à la demande des États Membres, l'élaboration de feuilles de route hiérarchisées pour le financement de la santé au niveau national, de mobiliser une assistance technique et des ressources financières en vue de renforcer les systèmes nationaux de financement de la santé et d'améliorer la coordination et la collaboration entre les partenaires de développement, les institutions des Nations Unies, les institutions financières internationales, y compris la Banque mondiale, la société civile et le secteur privé, conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, selon qu'il convient.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission A, cinquième rapport)

WHA78.13 Renforcer les capacités d'imagerie médicale⁸¹

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;⁸²

Mesurant l'importance vitale de l'imagerie médicale pour le diagnostic et le traitement de nombreuses maladies transmissibles, maladies non transmissibles, lésions traumatiques et autres pathologies, y compris les affections gastro-intestinales et gynécologiques ;

Considérant que l'imagerie médicale exige de disposer de technologies médicales traçables et d'un bon rapport coût/efficacité assorties de consommables et d'accessoires, ainsi que d'un personnel de santé formé, d'une connaissance des procédures cliniques, d'informations sur les patientes et patients, d'un accès abordable et de capacités de prise en charge et de préparation des patientes et patients, et d'interprétation et de communication des résultats ;

⁸¹ Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

⁸² Document A78/4.

Sachant que l'imagerie médicale destinée au diagnostic et au traitement, tant conventionnelle qu'interventionnelle, fait appel à des dispositifs médicaux utilisant des rayonnements ionisants (tels que les tomodensitomètres et la tomographie par émission de positons (TEP)), des rayonnements non ionisants (tels que l'échographie et l'imagerie par résonance magnétique (IRM)) et des modalités d'imagerie hybrides (telles que l'imagerie TEP-IRM) ;

Notant que, dans de nombreux pays, l'utilisation optimale des services d'imagerie médicale est entravée, entre autres, par la disponibilité limitée de technologies d'imagerie médicale abordables et rentables, par l'accessibilité réduite dans les zones éloignées et rurales, par la pénurie de personnel de santé qualifié et par l'absence de politiques, de plans et de lignes directrices efficaces ou applicables ;

Soulignant la nécessité de rendre plus équitable l'accès à des services d'imagerie médicale sûrs et efficaces à l'échelle mondiale, en particulier pour renforcer la détection, le diagnostic, le traitement, le suivi et la connaissance des maladies transmissibles et non transmissibles ;

Notant que la charge du cancer et d'autres maladies non transmissibles est de plus en plus lourde et que l'imagerie médicale joue un rôle essentiel dans la détection et le traitement du cancer, y compris la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie ;

Constatant qu'en 2021, parmi toutes les affections neurologiques, les accidents vasculaires cérébraux étaient la principale cause de perte d'années de vie ajustées sur l'incapacité et que les pays en développement étaient les plus touchés ;

Confirmant que l'imagerie médicale, grâce à la détection précoce et au suivi, peut contribuer à réduire la mortalité, la morbidité et l'incidence de nombreuses affections neurologiques telles que la sclérose en plaques, les cancers du système nerveux, les troubles neurodégénératifs et les accidents vasculaires cérébraux, notamment en permettant de distinguer rapidement les accidents vasculaires cérébraux hémorragiques des ischémiques et de déterminer le traitement adapté, comme la thrombolyse ou la thrombectomie mécanique ;

Sachant que l'accès équitable à l'imagerie médicale pour le diagnostic et la prise en charge précoces des maladies infectieuses peut réduire les séquelles définitives qui contribuent à la morbidité et à la mortalité dans le monde, surtout chez les personnes à risque, en particulier celles qui se trouvent en situation de vulnérabilité ou qui sont difficilement accessibles ;

Notant que le recours à des technologies fiables d'imagerie médicale permet d'éviter les interventions chirurgicales inutiles et d'optimiser les interventions médicales complexes ;

Sachant que l'imagerie médicale joue un rôle essentiel dans les situations d'urgence, les accidents de la route et les catastrophes, car elle permet aux équipes médicales d'urgence d'évaluer rapidement les blessures, d'identifier les situations critiques et d'établir les priorités en matière de soins, et qu'elle peut faciliter les interventions chirurgicales, notamment en cas de traumatisme cérébral ou médullaire ;

Sachant aussi que l'accès aux équipements d'imagerie médicale est très inéquitable à l'échelle mondiale et limité dans de nombreux pays en développement, nécessite des technologies médicales et des infrastructures particulières et suppose une formation du personnel de santé et des coûts de fonctionnement, éléments qui ne sont pas nécessairement disponibles ou financièrement abordables, participe à une couverture sanitaire universelle efficace et contribue aux systèmes de santé en favorisant un diagnostic précoce de maladies, traumatismes et blessures spécifiques, en permettant un suivi, notamment de la grossesse et de ses complications, et en facilitant l'orientation rapide des patients et patientes vers les soins requis ;

Reconnaissant en outre la valeur ajoutée que représente l'utilisation de l'échographie médicale dans les soins obstétricaux et pour diagnostiquer de nombreuses maladies de manière sûre et rentable ;

Sachant que la radiologie conventionnelle (telle que la radiographie thoracique) peut faciliter le diagnostic précoce et rentable de la pneumonie, maladie qui est la première cause infectieuse de mortalité chez l'enfant à l'échelle mondiale, ainsi que d'autres pathologies ;

Considérant la variabilité et la diversité actuelles dans la pratique de l'imagerie médicale et l'absence d'orientations harmonisées sur le choix et l'utilisation des équipements d'imagerie médicale et des technologies associées ;

Considérant également que la recherche reposant sur l'utilisation d'équipements d'imagerie médicale est cruciale et exige des précautions et des opérations de maintenance particulières pour éviter les préjudices liés à l'exposition aux rayonnements ;

Constatant que la réglementation relative aux rayonnements utilisés en imagerie médicale est fragmentée ou insuffisante dans certains pays ;

Rappelant les résolutions WHA25.57 (1972) sur le développement de l'utilisation médicale des rayonnements ionisants et WHA76.5 (2023) sur le renforcement des capacités en matière d'outils de diagnostic ;

Considérant qu'il importe de reconnaître le rôle fondamental que joue l'imagerie médicale dans le diagnostic et le traitement des maladies, y compris la radiologie interventionnelle et le domaine émergent de la théranostique, et d'intégrer l'imagerie médicale dans les politiques de santé,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres,⁸³ selon leur situation et leurs conditions nationales :
 - 1) à promouvoir un accès approprié et continu à des capacités d'imagerie médicale de qualité, sûres, abordables et d'un bon rapport coût/efficacité, en mettant en œuvre des politiques, des stratégies, des programmes et des normes et critères adaptés ;
 - 2) à promouvoir des investissements durables dans les équipements et les infrastructures d'imagerie, la maintenance et les systèmes de gestion de la qualité ;
 - 3) à veiller à ce que les personnels de santé impliqués dans les services d'imagerie médicale bénéficient d'une éducation et d'une formation continue adéquates, y compris par l'intermédiaire de l'Académie de l'OMS et des autres plateformes techniques de l'OMS, et à ce que les médecins référents soient formés à l'utilisation justifiée et appropriée de l'imagerie médicale, conformément aux recommandations les plus récentes fondées sur des données probantes ;
 - 4) à élaborer des stratégies pour améliorer les capacités d'imagerie médicale et encourager l'inclusion des services d'imagerie médicale dans les plans stratégiques nationaux du secteur de la santé en vue de parvenir à la couverture sanitaire universelle ;
 - 5) à rendre l'accès aux services d'imagerie médicale plus équitable et plus abordable, y compris en recourant à la santé numérique, afin d'atteindre les zones rurales et reculées pour permettre la détection précoce des maladies transmissibles et des maladies non transmissibles ;

⁸³ Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

- 6) à envisager d'inclure les technologies d'imagerie médicale qui figurent sur les listes OMS de dispositifs médicaux prioritaires, et qui sont disponibles par voie électronique par l'intermédiaire du Système d'information sur les dispositifs médicaux prioritaires de l'OMS (MeDevIS) sur les listes nationales de dispositifs médicaux pour le diagnostic ou le traitement, au titre de prestations ou à des fins de remboursement, et, si nécessaire, à évaluer des technologies de santé en vue de leur intégration, en tenant compte des normes internationalement acceptées ;
- 7) à évaluer les besoins, à réaliser des études de faisabilité et à produire des argumentaires d'investissement concernant les coûts d'exploitation et de maintenance des équipements d'imagerie médicale avant de prendre des décisions budgétaires et d'acquisition (sous la forme de don, d'achat ou de location), et, si nécessaire, à accroître la disponibilité d'équipements d'imagerie médicale, le cas échéant, pour pouvoir prendre en charge plusieurs maladies ;
- 8) à promouvoir le recours à des pratiques de gestion des technologies de la santé, avec l'appui de spécialistes en ingénierie biomédicale et en physique médicale et de professionnelles et professionnels formés travaillant dans ces domaines, à toutes les étapes du cycle de vie des technologies, y compris l'acquisition, l'installation, la maintenance, l'étalonnage et l'utilisation en toute sécurité, en vue d'optimiser les capacités d'imagerie médicale ;
- 9) à envisager l'intégration de nouvelles technologies d'imagerie médicale qui soient rentables, sûres et financièrement abordables, faciles à utiliser et durables en termes de fonctionnement, de maintenance et d'élimination, en veillant à la gestion rationnelle des déchets et à la prévention de la pollution environnementale ;
- 10) à inscrire l'imagerie médicale sur les listes nationales de produits de diagnostic et de traitement, le cas échéant, en tenant compte du fait que de nombreuses technologies d'imagerie médicale peuvent être utilisées à des fins de diagnostic et de traitement ;
- 11) à s'engager en faveur d'une utilisation sûre et sécurisée des technologies d'imagerie diagnostique dans le respect des normes fondamentales de radioprotection afin de se prémunir contre les dangers liés à l'exposition aux rayonnements ionisants et non ionisants, garantissant ainsi la sécurité des patients et patientes, du personnel soignant et du public ;
- 12) à améliorer la coordination entre les organismes nationaux de réglementation en ce qui concerne l'autorisation des services d'imagerie médicale ;
- 13) à faciliter l'adaptation au contexte national des meilleures pratiques disponibles en matière de services d'imagerie, y compris la formation des personnels de santé par les autorités sanitaires et les associations professionnelles, dans le respect des normes et critères internationaux ;
- 14) à promouvoir des programmes d'amélioration de la qualité dans les services d'imagerie médicale afin, à terme, de rendre la qualité des soins transparente et visible ;
- 15) à sensibiliser à la gestion et à l'atténuation des risques liés à l'imagerie médicale, y compris en ce qui concerne les effets secondaires des produits de contraste et la sécurité des champs magnétiques ;
- 16) à promouvoir l'élimination correcte des appareils d'imagerie et des matières radioactives conformément aux lignes directrices internationales en matière de traçabilité ;

17) à s'efforcer d'améliorer l'efficacité, l'accessibilité financière, la sécurité et la rentabilité de l'utilisation des technologies d'imagerie, y compris par la collecte et l'intégration de données sur l'utilisation appropriée, la disponibilité et la fonctionnalité des équipements et des services d'imagerie médicale, selon qu'il convient ;

18) à envisager l'intégration des avancées technologiques, telles que la télésanté, la téléradiologie, l'aide à la décision clinique, l'intelligence artificielle et des applications logicielles spécifiques, dans les systèmes d'information radiologique utilisés pour les dossiers des patients et patientes, en respectant les normes et protocoles internationaux applicables à l'imagerie médicale, y compris les aspects éthiques, la sécurité et la confidentialité des données ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de fournir une assistance technique aux États Membres afin d'améliorer l'accès à des technologies d'imagerie médicale sûres, abordables et efficaces à l'échelle mondiale, en particulier dans les pays en développement, et d'améliorer la détection et le traitement des maladies et des problèmes de santé dans le cadre de la couverture sanitaire universelle et de l'intervention dans les situations d'urgence, y compris, selon qu'il convient, sur :

a) les orientations concernant le choix, l'intégration et l'acquisition d'équipements d'imagerie médicale ;

b) la promotion de l'utilisation en toute sécurité des équipements d'imagerie médicale ;

c) l'élaboration de stratégies et de politiques globales visant à renforcer les capacités d'imagerie médicale, conformément aux plans stratégiques nationaux du secteur de la santé ;

2) de mettre à jour continuellement les listes OMS de dispositifs médicaux prioritaires disponibles dans le Système d'information sur les dispositifs médicaux prioritaires de l'OMS (MeDeViS) en ce qui concerne les équipements d'imagerie médicale, la nomenclature correspondante, les consommables, l'étalonnage, les spécifications techniques, la traçabilité, la maintenance préventive et le matériel de formation, le niveau d'utilisation dans le cadre des soins de santé et la relation avec les lignes directrices cliniques, qui serviront de référence aux États Membres et aux parties prenantes concernées, conformément à la décision WHA75(25) (2022) sur la standardisation de la nomenclature des dispositifs médicaux et pour examen par les États Membres lors de l'élaboration des listes nationales de dispositifs médicaux ou de produits de diagnostic essentiels ;

3) de fournir des conseils techniques sur l'amélioration continue de la qualité de la prestation des services d'imagerie médicale, y compris le personnel de santé requis pour fournir ces services ;

4) de coordonner la collecte et l'intégration des données sur la disponibilité et la fonctionnalité des équipements et services d'imagerie médicale, à présenter dans l'Observatoire mondial de la santé et l'atlas mondial des dispositifs médicaux de l'OMS ou dans les bases de données connexes, selon qu'il convient, en accord avec l'Agence internationale de l'énergie atomique, le Comité scientifique des Nations Unies pour l'étude des effets des rayonnements ionisants et d'autres organismes concernés ;

5) de promouvoir l'accessibilité financière et la pérennité des capacités et des interventions d'imagerie médicale rentables ;

- 6) d'évaluer les technologies d'imagerie médicale novatrices à inclure dans le compendium de l'OMS sur les technologies de santé novatrices pour les milieux à faibles ressources ;
- 7) d'effectuer un tour d'horizon prospectif afin d'identifier les technologies d'imagerie médicale émergentes et novatrices ;
- 8) de promouvoir le soutien et l'assistance mutuels ainsi que la coopération entre toutes les parties prenantes, conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, selon qu'il convient, afin d'accroître l'accès aux capacités d'imagerie médicale, en particulier dans les pays en développement ;
- 9) de veiller à ce que les technologies d'imagerie médicale soient incluses dans les initiatives mondiales relatives au diagnostic ;
- 10) de soutenir l'éducation et la formation continue du personnel de santé impliqué dans les services d'imagerie médicale, y compris par l'intermédiaire de l'Académie de l'OMS et des autres plateformes techniques de l'OMS ;
- 11) de faire rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la présente résolution à la Quatre-Vingtième Assemblée mondiale de la Santé en 2027, à la Quatre-Vingt-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé en 2029 et à la Quatre-Vingt-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé en 2031.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission A, cinquième rapport)

WHA78.14 Éradiquer plus vite la dracunculose⁸⁴

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;⁸⁵

Rappelant les précédentes résolutions WHA39.21 (1986), WHA42.29 (1989), WHA44.5 (1991), WHA50.35 (1997), WHA57.9 (2004) et WHA64.16 (2011) sur l'élimination et l'éradication de la dracunculose ;

Notant les progrès significatifs accomplis dans l'éradication de la dracunculose, le nombre de cas humains ayant été ramené d'environ 3,5 millions en 1986 à seulement 13 millions (chiffre provisoire) en 2024, soit une réduction de plus de 99 % depuis le lancement de l'initiative mondiale ;

Sachant qu'en raison de la détection d'infections animales, la définition de l'éradication mondiale de la dracunculose a été révisée en 2023 par la Commission internationale pour la certification de l'éradication de la dracunculose comme suit : l'éradication mondiale de la dracunculose est l'absence confirmée d'émergence de vers femelles adultes chez l'être humain et l'animal pendant trois années consécutives ou plus au niveau mondial ;

Constatant que l'émergence de la dracunculose chez les animaux, en particulier les chiens domestiques, depuis 2012 a compliqué les efforts d'éradication, mais que le nombre d'infections canines diminue chaque année depuis 2019 ;

⁸⁴ Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

⁸⁵ Document A78/4.

Saluant le rôle joué par les ministres de la santé dans la coordination des efforts fructueux visant à éliminer la dracunculose dans 17 pays et à obtenir la certification de l'élimination dans 200 pays, zones et territoires, dont 188 États Membres de l'OMS, six pays seulement devant encore être certifiés à ce jour ;

Reconnaissant l'engagement des pays où la dracunculose est endémique, y compris moyennant la Déclaration d'Abou Dhabi sur l'éradication de la maladie du ver de Guinée (2022) et la Déclaration de N'Djamena sur l'interruption de la transmission de la maladie du ver de Guinée ;

Constatant que la dracunculose persiste en raison d'infections chez les animaux et d'un manque d'accès à l'eau potable et aux services de soins de santé, une situation encore aggravée par d'autres facteurs tels que les urgences sanitaires et humanitaires et les mouvements transfrontières, qui, associée à une surveillance et à une appropriation par la communauté insuffisantes, constitue un risque potentiel pour les objectifs d'éradication ;

Réaffirmant l'engagement de l'OMS à parvenir à l'éradication complète de la dracunculose, conformément aux cibles mondiales en matière de lutte et d'élimination fixées dans la feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021-2030 ;

Sachant qu'une collaboration et une coordination transfrontières solides ainsi que la mise en commun d'informations entre les États Membres, y compris la mise en œuvre effective d'une approche multisectorielle, sont essentielles pour interrompre la transmission de la dracunculose,

1. APPROUVE la stratégie pour les États Membres où la dracunculose est endémique, dans le but :

- 1) de maintenir la surveillance communautaire, en particulier dans les communautés où la maladie est endémique et les communautés à risque ;
- 2) d'adopter de manière proactive le pâturage au piquet des animaux domestiques dans les communautés d'endémie ;
- 3) d'enterrer les déchets aquatiques dans les communautés d'endémie et à risque afin d'éviter leur consommation par les animaux et les infections qui en résultent ;
- 4) de traiter efficacement l'eau destinée à la consommation en distribuant des filtres en tissu et des pailles filtrantes et en favorisant l'éducation dans les communautés d'endémie et à risque ;
- 5) de traiter tous les mois au moyen du téméphos les sources d'eau insalubres utilisées pour la consommation dans les communautés d'endémie ;
- 6) de fournir des sources d'eau potable aux communautés touchées ;
- 7) de veiller à ce que les prélèvements de *Dracunculus medinensis* soient confirmés au moyen de tests en laboratoire, et que les récompenses pour la déclaration des cas de dracunculose humaine et le signalement des animaux infectés et leur maintien en pâturage au piquet soient versées rapidement ;
- 8) d'exiger que la dracunculose humaine et animale soit une maladie à déclaration obligatoire immédiate et que des rapports provenant de toutes les zones d'endémie soient soumis au moins une fois par mois ;

2. INVITE INSTAMMENT les États Membres, selon leur situation et leurs priorités nationales :
 - 1) à réaffirmer leur engagement en faveur de l'éradication de la dracunculose, quel que soit son hôte, en intégrant la maladie, selon qu'il convient, dans les systèmes de surveillance nationaux, régionaux et locaux des pays touchés ;
 - 2) à offrir un soutien stratégique aux pays où la maladie reste endémique ;
 - 3) à continuer à fournir et à promouvoir un soutien financier et technique ;
3. INVITE les États Membres dont les populations sont à risque et où la maladie est endémique :
 - 1) à effectuer des visites ministérielles dans les communautés d'endémie pour évaluer l'efficacité du programme ;
 - 2) à intensifier la collaboration transfrontière, y compris les mécanismes conjoints de surveillance, de coordination et d'échange d'informations, en particulier dans les régions où les populations sont très mobiles ;
 - 3) à collaborer avec les partenaires régionaux et internationaux pour relever les défis liés à l'instabilité politique, aux infections animales et aux contraintes en matière de ressources ;
 - 4) à donner la priorité à l'accès à l'eau potable et à l'éducation à l'hygiène, en coordination avec l'UNICEF et d'autres partenaires, dans les zones d'endémie et les zones à risque de transmission de la dracunculose ;
 - 5) à renforcer les capacités au niveau national et infranational afin d'assurer une détection rapide des infections humaines et animales et une riposte immédiate à celles-ci, notamment par une approche multisectorielle ;
4. APPELLE les donateurs passés, actuels et nouveaux à continuer à fournir une aide financière pour les efforts d'éradication ;
5. PRIE le Directeur général :
 - 1) de continuer à fournir un appui technique aux États Membres dans leurs efforts d'éradication et à faciliter l'aide financière ;
 - 2) de soutenir la coordination des initiatives transfrontières visant à détecter et à éliminer rapidement les cas de dracunculose restants, y compris au moyen d'une approche multisectorielle ;
 - 3) de continuer à soumettre des rapports annuels à l'Assemblée de la Santé sur les progrès accomplis et les difficultés qui subsistent dans l'éradication de la dracunculose ;
 - 4) de présenter, lors de prochaines Assemblées mondiales de la Santé, la certification de l'éradication de la maladie dans les pays d'endémie restants quand les critères requis auront été satisfaits.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission A, cinquième rapport)

WHA78.15 Les maladies de la peau : une priorité de santé publique mondiale⁸⁶

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;⁸⁷

Rappelant l'engagement des États Membres en faveur de l'instauration de la couverture sanitaire universelle, y compris l'accès aux services de santé essentiels pour toutes et tous ;

Sachant que les maladies de la peau englobent un large éventail d'affections, notamment des maladies infectieuses, des troubles inflammatoires auto-immuns, des dermatoses congénitales, des affections chroniques et rares, des tumeurs malignes de la peau et des affections dermatologiques liées au climat et à l'environnement, qui restent souvent non diagnostiqués et non traités, en particulier dans les pays en développement ;

Soulignant les efforts visant à prévenir les différents types de maladies et d'affections cutanées, à en améliorer la détection précoce et le traitement, à en réduire la charge, à les éliminer et à mieux les faire connaître ;

Rappelant les résolutions ayant trait à certaines maladies de la peau, à savoir les résolutions WHA57.1 (2004) (Ulcère de Buruli (infection à *Mycobacterium ulcerans*)) : surveillance et lutte ; WHA60.13 (2007) (Lutte contre la leishmaniose) ; WHA64.16 (2011) (Éradication de la dracunculose) ; WHA66.12 (2013) (Maladies tropicales négligées) ; WHA67.9 (2014) (Psoriasis) ; WHA69.21 (2016) (Réduction de la charge du mycétome) ; et WHA75.20 (2022) (Stratégies mondiales du secteur de la santé contre, respectivement, le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles) ;

Rappelant également d'autres résolutions pertinentes, notamment les résolutions WHA68.7 (2015) (Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens) ; WHA69.19 (2016) (Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030) ; WHA69.25 (2016) (Lutter contre la pénurie mondiale de médicaments et de vaccins) ; WHA76.5 (2023) (Renforcement des capacités en matière d'outils de diagnostic) ; WHA76.6 (2023) (Renforcement de la réadaptation dans les systèmes de santé) ; et WHA77.14 (2024) (Changements climatiques et santé) ;

Préoccupée par la discrimination et la violence à l'égard des personnes touchées par les maladies de la peau et de leur famille ;

Préoccupée également par le fait que la prévalence des maladies infectieuses émergentes se traduit de plus en plus par des manifestations cutanées, et notant l'importance de reconnaître ces signes comme des indicateurs critiques aux fins de la détection précoce et de l'action face aux problèmes de santé publique ;

Consciente que les conséquences économiques, sociales et émotionnelles des maladies de la peau sont source de stigmatisation et de discrimination, peuvent entraîner des comorbidités liées à la santé mentale, en particulier la dépression et l'anxiété, aggravant les effets physiques de ces affections,^{88,89} et ont une incidence sur le développement humain à toutes les étapes de la vie ;

⁸⁶ Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

⁸⁷ Document A78/4.

⁸⁸ Seth D, Cheldize K, Brown D, Freeman EF. Global burden of skin disease: inequities and innovations. *Curr Dermatol Rep*. 2017;6:204–10. doi:10.1007/s13671-017-0192-7.

⁸⁹ Ahmed A, Leon A, Butler DC, Reichenberg J. Quality-of-life effects of common dermatological diseases. *Semin Cutan Med Surg*. 2013;32(2):101–9. doi: 10.12788/j.sder.0009. PMID: 24049968.

Préoccupée par le fait que la sensibilisation aux maladies de la peau et les connaissances à leur sujet sont généralement faibles à tous les niveaux de la société, ce qui retarde le diagnostic et le traitement, et que l'absence de surveillance régulière peut entraîner la sous-estimation de la charge des maladies de la peau, en particulier dans les communautés difficiles d'accès ;

Notant que l'étude sur la charge mondiale de morbidité 2021 (*Global Burden of Disease Study 2021*) a recensé 4,69 milliards de cas incidents de maladies cutanées et sous-cutanées, responsables de 41,9 millions d'années de vie ajustées sur l'incapacité, ce qui place ces maladies parmi les 10 principales causes d'invalidité ;

Consciente que la majeure partie de la charge des maladies de la peau au sein de toute communauté relève d'environ 10 diagnostics dermatologiques généraux courants et que, à condition de disposer des médicaments essentiels et de la formation et du soutien appropriés, les équipes de santé locales pourraient prendre en charge efficacement les patientes et patients concernés ;

Sachant que, compte tenu des effectifs insuffisants de personnels de santé et d'aide à la personne, y compris de praticiennes et praticiens spécialisés, les efforts visant à renforcer ces personnels dans les structures de soins de santé primaires devraient s'attacher à garantir les compétences nécessaires pour fournir des services dans le domaine de la dermatologie, y compris la prise en charge des maladies cutanées courantes et l'orientation sans retard des cas complexes ;

Considérant que l'impact des maladies de la peau peut entraver les progrès vers la couverture sanitaire universelle, et soulignant la nécessité de renforcer les systèmes de santé pour améliorer les soins primaires des affections cutanées, en améliorant ainsi l'accès de chaque individu aux soins dont il a besoin afin que personne ne soit laissé de côté ;

Prenant acte des documents normatifs de l'OMS destinés à guider les États Membres dans l'application de la présente résolution, à savoir le quatorzième programme général de travail, 2025-2028 ; le cadre stratégique pour l'intégration des activités de lutte et de prise en charge liées aux maladies tropicales négligées à manifestation cutanée ; la stratégie mondiale de lutte contre la lèpre 2021-2030 ; le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030 ; et le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres, selon leur situation, leurs ressources et leurs priorités nationales :

- 1) à consacrer des ressources suffisantes et à donner la priorité aux maladies de la peau et aux comorbidités associées, en particulier celles qui font l'objet d'initiatives mondiales spécifiques, en prenant des mesures intégrées de prévention, de détection et de traitement dans le cadre des programmes nationaux de santé, y compris les mesures de promotion de la santé et les politiques de couverture sanitaire universelle ;
- 2) à renforcer la surveillance nationale, la collecte de données et la cartographie des maladies de la peau afin de promouvoir des interventions ciblées ;
- 3) à renforcer la formation axée sur les compétences des personnels de santé dans les structures de soins de santé primaires en matière d'identification et de prise en charge des maladies de la peau et des comorbidités associées, ainsi que l'éducation à l'autoprise en charge, le cas échéant, pour les patients et patientes et leur famille, afin de leur permettre d'acquérir les compétences nécessaires pour améliorer leur état de santé à long terme ;

- 4) à renforcer les capacités de diagnostic en laboratoire afin de fournir un diagnostic exact des maladies de la peau à un coût abordable, d'endiguer la résistance aux antimicrobiens et de détecter les maladies cutanées émergentes, y compris celles liées à des facteurs environnementaux, en ayant recours à des méthodes fondamentales et avancées (par exemple, immunologiques, histopathologiques et microbiologiques) ;
- 5) à promouvoir un accès équitable à des traitements d'un bon rapport coût/efficacité, abordables et de grande qualité, en particulier aux médicaments essentiels et au matériel de soins des plaies, le cas échéant, afin de réduire les dépenses directes ;
- 6) à prendre des mesures pour intégrer les services de dermatologie dans les politiques actuelles en matière de handicap, de réadaptation et de santé mentale ;
- 7) à envisager des modèles novateurs de prestation de services intégrée, y compris des plateformes de télémédecine et des formations en matière d'évaluation numérique, afin de renforcer les services de dermatologie, en particulier dans les régions reculées et difficiles d'accès ;
- 8) à agir plus rapidement pour atteindre les cibles liées aux maladies à manifestation cutanée de la feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021-2030, avec comme stratégie centrale des approches intégrées ;
- 9) à soutenir, le cas échéant, la création et la viabilité d'organisations de soutien aux patientes et patients atteints de maladies de la peau et à renforcer leur participation active à la mise en œuvre des politiques et des programmes ;
- 10) à promouvoir la recherche sur les maladies de la peau en collaboration avec des établissements universitaires et de recherche, selon que de besoin ;

2. APPELLE la communauté internationale et les parties prenantes concernées, y compris, entre autres, les organisations internationales, les institutions spécialisées du système des Nations Unies, les donateurs, les organisations non gouvernementales, les fondations et les établissements de recherche :

- 1) à appuyer les États Membres et le Secrétariat dans la mise en œuvre de la présente résolution ;
- 2) à soutenir les efforts de plaidoyer visant à mettre en lumière la charge médicale, sociale, économique et de santé publique des maladies de la peau ;
- 3) à coopérer au niveau mondial, régional et national en vue d'atténuer la stigmatisation, la discrimination et les problèmes de santé mentale causés par les maladies de la peau, ainsi que ceux résultant de troubles mentaux ;
- 4) à favoriser la collaboration entre ces organisations, les établissements universitaires, la société civile et le secteur privé afin d'élargir l'accès à des outils de prévention, de diagnostic et de traitement abordables pour toutes les maladies de la peau, dans le but de réduire la charge financière pour les patients et patientes et leur famille ainsi que pour les pouvoirs publics ;
- 5) à aider les institutions à favoriser les interactions sociales et de l'acceptation, y compris la lutte contre la stigmatisation ;

3. PRIE le Directeur général :

1) d'élaborer un plan d'action mondial sur les actions de santé publique dans le domaine des maladies de la peau, qui soit axé sur les résultats et déterminé par les besoins et les capacités, dans la limite des ressources existantes, si possible, en garantissant une approche coordonnée aux trois niveaux de l'OMS, avec la pleine participation des États Membres et en concertation avec d'autres parties prenantes concernées, conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, selon qu'il convient, assorti d'objectifs et de cibles précis, pour examen par la Quatre-Vingtième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif ;

2) d'aider les États Membres qui en font la demande à élaborer ou à réviser et à mettre en œuvre des plans et des stratégies nationaux relatifs aux maladies de la peau, couvrant des domaines tels que :

- a) le renforcement des capacités et la formation des personnels de santé en matière de maladies de la peau, notamment par l'intermédiaire de l'Académie de l'OMS et d'autres plateformes de formation technique, et l'identification de centres d'excellence, y compris les centres collaborateurs de l'OMS, dans différentes Régions de l'OMS ;
- b) les technologies numériques, dans le respect des lignes directrices nationales pertinentes, et l'assistance aux personnels de santé dans la prise en charge des maladies de la peau avec l'appui de spécialistes à distance, notamment en favorisant la disponibilité de données pertinentes pour la mise au point et l'essai de ces technologies ;
- c) les capacités de diagnostic et la surveillance des maladies de la peau ;
- d) la recherche pluridisciplinaire sur des produits de diagnostic et des traitements de grande qualité, sûrs, efficaces et abordables, et la promotion d'un accès équitable à ceux-ci, ainsi que la recherche sur leurs incidences sociales et économiques ;
- e) les facteurs environnementaux, y compris les changements climatiques, et leur effet sur la prévalence et la propagation des maladies de la peau ainsi que sur la lutte contre celles-ci ;
- f) les maladies infectieuses émergentes et réémergentes et leur incidence sur la prévalence et la propagation des maladies de la peau ainsi que sur la lutte contre celles-ci, en mettant l'accent sur le renforcement des systèmes de surveillance pour la détection précoce et le suivi, afin d'améliorer les temps de réaction et de prévenir les épidémies potentielles ;
- g) les stratégies durables de prévention visant à réduire la charge des maladies de la peau grâce à des approches globales pouvant inclure la protection contre les rayons ultraviolets, en ce qui concerne les cancers de la peau, l'accès à des services d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène de base, et l'approche « Une seule santé » pour réduire la transmission de certaines maladies de la peau, comme la filariose lymphatique, l'onchocercose, la leishmaniose cutanée et la tungose, dans la mesure du possible ;

3) de faire rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la présente résolution à la Quatre-Vingtième Assemblée mondiale de la Santé en 2027, à la Quatre-Vingt-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé en 2029 et à la Quatre-Vingt-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé en 2031.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission A, cinquième rapport)

WHA78.16 Agir plus vite pour les personnels de santé et d'aide à la personne dans le monde d'ici à 2030⁹⁰

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;⁹¹

Réaffirmant que la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale, et considérant que l'accès aux services de santé et d'aide à la personne est une composante importante de ce droit fondamental, qui constitue la pierre angulaire de la dignité humaine et du bien-être ;

Rappelant les engagements pris dans le cadre des objectifs de développement durable, en particulier l'objectif 3, qui vise à permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge, et considérant le rôle essentiel joué par des personnels de santé en nombre suffisant, bien répartis et qualifiés et leur contribution à la réalisation de ces objectifs ainsi que de progrès au regard des programmes et des cibles en matière d'emploi, de croissance économique, d'éducation et d'égalité de genre ;

Consciente de l'importance cruciale de disposer d'effectifs de santé et d'aide à la personne solides et bénéficiant du soutien nécessaire, comme souligné dans le rapport complet du Directeur général sur la mise en œuvre de la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 et dans le Plan d'action 2022-2030 « S'engager pour la santé », et sachant que les investissements consacrés à la formation initiale et continue des personnels de santé, à l'emploi, à une rémunération équitable et aux conditions de travail favorables constituent un facteur clé pour faire progresser l'approche des soins de santé primaires et pour parvenir plus rapidement à la couverture sanitaire universelle et à la sécurité sanitaire, tout en garantissant la viabilité des systèmes de santé ;

Constatant que des progrès sont accomplis à l'échelle mondiale en matière d'augmentation des effectifs de santé et d'aide à la personne, qui dépassent aujourd'hui les 70 millions dans le monde, tout en convenant que de nombreux pays restent confrontés à des pénuries nationales, à une répartition inégale, à des taux de roulement élevés et à la migration de ces personnels, ce qui requiert une responsabilité équitable et partagée et une collaboration à l'échelle mondiale et que des mesures soient prises d'urgence afin de garantir que chaque pays dispose de personnels de santé et d'aide à la personne en nombre suffisant, qualifiés, protégés et motivés, compte tenu des besoins particuliers des pays confrontés à des problèmes en raison de conflits armés et de la migration des personnels de santé et d'aide à la personne ;

⁹⁰ Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

⁹¹ Document A78/4.

Notant avec préoccupation l'estimation révisée de l'OMS, qui prévoit une pénurie de plus de 11 millions d'agents et agentes de santé d'ici à 2030,⁹² en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ;

Sachant également que le renforcement de la résilience des systèmes de santé, en particulier face aux conséquences de la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), d'autres épidémies de maladies infectieuses ainsi que des crises humanitaires et des conflits en cours dans certaines régions, des changements climatiques, des situations d'urgence, des catastrophes résultant d'aléas naturels et des risques épidémiologiques émergents, requiert des systèmes de santé adaptatifs et réactifs, y compris en matière de santé mentale, ainsi que des stratégies en matière de ressources humaines, y compris des investissements dans l'éducation, la formation, le soutien, les stratégies de maintien en poste, les normes de sécurité au travail, les capacités de montée en puissance en cas d'événement de santé publique, la répartition équitable et les compétences adéquates des personnels de santé afin d'assurer la continuité des fonctions de santé publique essentielles ;

Rappelant la nécessité de faire progresser davantage l'équité pour les femmes dans le secteur de la santé et de l'aide à la personne, et soulignant le rôle crucial que jouent les femmes, qui représentent 67 %⁹² des personnels de santé, dans ce secteur ;

Rappelant également les engagements pris dans de précédentes résolutions de l'Assemblée de la Santé⁹³ visant à renforcer le développement des capacités des personnels de santé et d'aide à la personne, à préserver des conditions de travail sûres, saines, favorables et dignes, en particulier pour les femmes et les personnes en début de carrière à tous les niveaux, à optimiser la répartition, le déploiement et l'utilisation des personnels de santé, et à maintenir les investissements consacrés aux ressources humaines pour la santé afin de fournir des services de santé efficaces et de qualité et de contribuer à promouvoir la sécurité sanitaire dans le monde ;

Réaffirmant l'importance du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé et se félicitant de son examen par le Groupe consultatif d'experts relevant du Directeur général, qui a pour objectif d'en accroître encore la pertinence et l'efficacité et d'en renforcer la mise en œuvre, notamment au moyen de mécanismes qui offrent des avantages mutuels, tout en atténuant les effets négatifs des migrations des personnels de santé sur les systèmes de santé des pays d'origine, et de promouvoir les efforts visant à accroître au maximum les effets positifs des migrations des personnels de santé et à relever les défis auxquels sont confrontés les systèmes de santé des pays les moins bien dotés en ressources ;

Soulignant le rôle essentiel que jouent la coopération internationale et régionale, les partenariats et l'appui technique pour ce qui est de renforcer les capacités nationales⁹⁴ ou infranationales des personnels de santé, en particulier dans les pays en développement, afin que tous les pays disposent de systèmes de santé résilients pour faire face avec efficacité aux problèmes sanitaires courants et aux urgences de santé publique, et remerciant l'OMS et son Académie, les institutions spécialisées des Nations Unies et les partenaires universitaires,

⁹² Organisation mondiale de la Santé (2024). [Comptes nationaux des personnels de santé \(CNPS\)](#) (consulté le 5 mars 2025).

⁹³ Résolutions WHA63.16 (2010), WHA69.19 (2016), WHA70.6 (2017), WHA72.3 (2019), WHA74.14 (2021), WHA74.15 (2021) et WHA75.17 (2022), et décision WHA73(30) (2020).

⁹⁴ Les politiques et mesures au « niveau des pays » ou au « niveau national » doivent s'entendre de celles qui sont pertinentes dans chaque pays selon les responsabilités définies au niveau infranational et national.

scientifiques et de la société civile pour les investissements qu'ils consacrent à l'éducation, à la formation et à l'apprentissage tout au long de la vie ;

Sachant que les avancées rapides dans le domaine de la science et des technologies médicales et dans celui de la santé numérique, ainsi que l'évolution de l'intelligence artificielle, des biotechnologies, de l'industrie pharmaceutique et des pratiques médicales, supposent que les personnels de santé développent et adaptent leurs compétences en continu, et bénéficient d'un appui durable pour se doter des compétences nécessaires afin de tirer parti de ces innovations de manière responsable, de sorte à améliorer la prestation de services et les résultats pour les patients et patientes, les familles et les communautés,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres, selon leur situation et leurs priorités nationales :

- 1) à mettre en œuvre plus rapidement la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 et le Plan d'action 2022-2030 « S'engager pour la santé », notamment dans le cadre d'une coopération infranationale, nationale, régionale et internationale, en vue d'accroître les investissements selon qu'il convient – y compris par une mobilisation accrue, une hiérarchisation des priorités et une utilisation plus efficace des ressources nationales – en faveur de la formation initiale, de la formation continue en cours d'emploi, de la supervision de soutien, de l'emploi et des efforts visant à maintenir en fonction les personnels qualifiés, en particulier les femmes et les personnes en début de carrière, compte tenu de la population actuelle et future, du système de santé et des besoins sur le marché du travail de la santé et des soins, l'accent étant mis sur les personnels des soins de santé primaires qui travaillent dans des établissements éloignés ou autrement vulnérables, afin de progresser plus rapidement vers la couverture sanitaire universelle ;
- 2) à remédier durablement aux lacunes dans les domaines de l'éducation, de la formation et de l'emploi, en augmentant considérablement les effectifs de santé et d'aide à la personne qualifiés tout en maintenant des normes de formation exigeantes conformément aux objectifs énoncés dans la Déclaration d'Astana,⁹⁵ qui consistent à atteindre les taux de qualification les plus élevés possibles dans les pays où une augmentation substantielle s'impose ou qui sont confrontés à un vieillissement rapide de leurs personnels de santé ;
- 3) à promouvoir, pour tous les personnels de santé et d'aide à la personne, le travail décent, la reconnaissance officielle, une rémunération équitable et équilibrée fondée sur les qualifications et les fonctions assurées, un environnement de travail favorable dans lequel un soutien est apporté, et un accès équitable à l'éducation, à la formation, à l'emploi et aux possibilités de progression de carrière, grâce à des approches fondées sur l'équité qui s'attaquent aux disparités telles que les écarts de rémunération entre les genres et tout autre obstacle que rencontrent les femmes, les personnes handicapées, les travailleuses et travailleurs étrangers, les agentes et agents communautaires et les autres personnes à risque, en s'attachant à favoriser leur participation et leur représentation pleines et effectives, y compris aux plus hauts niveaux de responsabilité et dans les fonctions décisionnaires, conformément à la Déclaration de l'Organisation internationale du travail relative aux principes et droits fondamentaux au travail ;
- 4) à accorder une importance prioritaire à la sécurité et à la protection de tous les personnels de santé et d'aide à la personne face à la maltraitance, aux agressions, à la discrimination,

⁹⁵ [Conférence internationale sur les soins de santé primaires : Astana \(Kazakhstan\), 25 et 26 octobre 2018](#) (consulté le 5 mars 2025).

y compris toute forme d'exploitation ou d'abus sexuels, le harcèlement et la violence, en veillant en particulier à soutenir les personnels de santé intervenant dans les situations d'urgence et de conflit et à mettre en œuvre des mesures tendant à prévenir l'épuisement professionnel et à y remédier, ainsi qu'à promouvoir la santé mentale et le bien-être par des politiques sur le lieu de travail, des mécanismes de soutien institutionnel et des initiatives communautaires, conformément au pacte mondial pour les personnels de santé et d'aide à la personne ;

5) à donner la priorité aux investissements dans l'éducation, la formation, l'emploi et le maintien en fonction, y compris dans la capacité de gérer et d'assurer une supervision de soutien afin de réduire les pressions migratoires dans les pays qui connaissent une émigration élevée ou de graves pénuries, et à favoriser une coopération éthique concernant le recrutement international et la migration des personnels de santé, conformément aux dispositions du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé, notamment en encourageant des accords bilatéraux équitables et des partenariats mutuellement bénéfiques, en collaborant avec le secteur privé et en reconnaissant son rôle important et, s'il y a lieu, en réinvestissant les frais d'agence dans l'éducation et la formation, en collaborant de manière responsable avec le secteur privé et en renforçant les programmes de migration circulaire, selon qu'il convient, qui facilitent le transfert de compétences et profitent aux systèmes de santé des pays d'origine et de destination, et en créant les conditions nécessaires au retour des agents et agentes de santé dans leur pays d'origine par l'intermédiaire de programmes spéciaux de réintégration et de possibilités de développement professionnel ;

6) à renforcer les capacités de bonne gestion et de leadership afin d'assurer une surveillance efficace des programmes en faveur des personnels de santé et d'aide à la personne, y compris une planification stratégique des effectifs fondée sur des systèmes d'information solides, des comptes nationaux des personnels de santé, le cas échéant, et des analyses du marché du travail du secteur de la santé, afin de fournir des services essentiels et d'assurer les fonctions de santé publique, d'améliorer les performances du personnel et d'optimiser l'utilisation des ressources humaines disponibles et de renforcer les capacités en matière de santé, de prévention, de préparation aux situations d'urgence et d'intervention ;

7) d'exploiter les possibilités sûres et efficaces offertes par la santé numérique et l'intelligence artificielle, tout en appuyant les mesures et les dispositifs d'incitation qui améliorent l'accès, l'accessibilité économique et l'inclusivité de ces technologies, en particulier dans les zones en développement et les zones mal desservies ou rurales ;

2. INVITE les partenaires et les parties prenantes à contribuer à mettre en œuvre plus rapidement le programme à l'appui des personnels de santé et d'aide à la personne, en adressant un appel particulier :

1) aux partenaires de développement, aux initiatives de santé mondiale, aux institutions financières internationales et aux entités des Nations Unies, afin qu'ils amplifient leur soutien et leur assistance technique, conformément aux priorités et aux mécanismes nationaux, en faveur du développement des personnels de santé, de leur gestion, de leur réglementation, de leur emploi et des travaux de recherche les concernant ; afin qu'ils fournissent ce soutien conformément au Programme de Lusaka et aux principes d'efficacité de l'aide, en mettant l'accent sur les pays confrontés à de graves pénuries tels que recensés par l'OMS dans sa liste d'appui et de sauvegarde pour les personnels de santé 2023 ; et afin qu'ils prêtent leur concours aux pays touchés par des conflits et des crises humanitaires de manière à promouvoir la stabilité des systèmes de santé ;

- 2) aux établissements d'enseignement et de formation, en particulier les établissements d'enseignement en sciences de la santé et en médecine, ainsi qu'aux prestataires de services de santé et de soins, afin qu'ils adoptent des approches pédagogiques fondées sur les compétences, favorisent le suivi des aptitudes et des compétences des personnels de santé dans tous les établissements, et incluent dans les programmes d'enseignement et de formation permanente, y compris en collaboration avec l'Académie de l'OMS et d'autres plateformes de collaboration, les compétences en santé numérique, l'intelligence artificielle et d'autres innovations médicales dont l'innocuité et l'efficacité sont avérées, pour s'assurer que les personnels de santé sont prêts à répondre aux exigences des systèmes de santé modernes ;
- 3) aux organisations professionnelles et aux organismes de réglementation, afin qu'ils optimisent les compétences et la gestion du personnel, conformément aux orientations de l'OMS sur la réglementation des prestataires de santé ;

3. PRIE le Directeur général :

- 1) d'accorder la priorité, conformément au programme général de travail, 2025-2028, aux ressources destinées aux mesures et aux axes de travail visant à soutenir les activités d'élaboration et de mise en œuvre des politiques, et de coopération normative et technique, qui servent les priorités des personnels de santé et d'aide à la personne définies dans la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030, le Plan d'action 2022-2030 « S'engager pour la santé » et les résolutions connexes de l'Assemblée de la Santé, notamment en encourageant une collaboration judicieuse par le biais d'initiatives régionales et mondiales, telles que le partenariat conjoint OMS-OIT-OCDE « S'engager pour la santé », et d'actions avec les partenaires de développement et d'autres parties prenantes concernées, conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, selon qu'il convient ;
- 2) de renforcer rapidement le soutien apporté aux États Membres qui en font la demande pour la mise en œuvre et le suivi de la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030, afin de favoriser les investissements dans l'éducation, la formation, l'emploi et le maintien en poste des personnels de santé et d'aide à la personne, d'accélérer les progrès vers la réalisation de la cible 3.c des objectifs de développement durable et de renforcer les capacités de prévention, de préparation et de riposte face aux urgences de santé publique, y compris la capacité d'augmenter les effectifs lors d'événements de santé publique, en mettant l'accent sur les pays et les Régions confrontés aux problèmes les plus critiques en matière de personnels de santé et d'aide à la personne et en fournissant un soutien technique et méthodologique pour reconstruire et renforcer les personnels de santé dans les pays touchés par les conflits et la perte de personnel professionnel ;
- 3) de faciliter l'accès des États Membres aux données, aux connaissances, à l'expertise, aux orientations et aux bonnes pratiques en matière de leadership, de gestion et de réglementation, d'éducation, de formation et d'adoption des technologies de santé numériques, d'emploi, de déploiement et de maintien en poste, d'égalité des genres, et de mobilité et de migration internationales des personnels de santé et d'aide à la personne, y compris par l'utilisation et la mise en œuvre du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé, ainsi que par la coopération entre pairs et la coopération Sud-Sud ;
- 4) d'aider les États Membres à renforcer les systèmes d'information nationaux et à mettre en œuvre les comptes nationaux des personnels de santé de l'OMS afin de permettre un suivi et une analyse à l'échelle nationale et internationale pour éclairer les politiques, et des analyses

du marché du travail du secteur de la santé pour éclairer les plans d'accélération et les investissements en faveur de l'éducation, de la formation et de l'emploi ;

5) d'aider les pays, en collaboration avec les associations, les établissements et les écoles de santé publique, à mettre en œuvre des orientations et des outils techniques afin que les personnels soient mieux à même de remplir des fonctions essentielles de santé publique, y compris dans les domaines de la prévention, la préparation et la riposte face aux urgences sanitaires, et de la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005), en s'appuyant sur les initiatives existantes visant à renforcer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité d'un personnel mondial pluridisciplinaire pour les situations sanitaires d'urgence qui soit qualifié et formé, tout en garantissant un environnement de travail sûr et sain ;

6) de rendre compte de la mise en œuvre de la présente résolution dans le cadre du cycle de rapports existant concernant la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 et le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé, les prochains rapports devant être présentés à la Quatre-Vingt-Unième Assemblée mondiale de la Santé en 2028, pour examen.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission A, sixième rapport)

WHA78.17 Introduction de la Journée mondiale de la prématurité dans le calendrier de l'OMS⁹⁶

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;⁹⁷

Réaffirmant les engagements pris dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, notamment celui d'éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de cinq ans ;

Rappelant la résolution WHA69.2 (2016), dans laquelle les États Membres se sont engagés à mettre en œuvre la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent ;

Notant avec préoccupation que les nourrissons prématurés ou petits pour l'âge gestationnel, ou qui naissent malades ou tombent malades, sont exposés à un risque important de mortalité postnéonatale, de troubles du développement à long terme, de handicap tout au long de la vie, de retard de croissance et de maladies non transmissibles ; notant également qu'à l'échelle mondiale, 2,3 millions de nourrissons sont morts au cours des 28 premiers jours de vie en 2022, dont environ 80 % avaient un faible poids de naissance et les deux tiers étaient nés prématurément ; et notant de plus que, chaque année, on estime qu'un million de nouveau-nés de petite taille et malades survivent avec un handicap à long terme, notamment une paralysie cérébrale et des retards cognitifs ;⁹⁸

⁹⁶ Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

⁹⁷ Document A78/4.

⁹⁸ [Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn](#). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (consulté le 3 juin 2025).

Sachant que nous sommes encore loin de notre objectif qui est de ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1000 naissances vivantes au plus, d'ici à 2030 dans tous les pays, et que les pays doivent renforcer les soins aux nouveau-nés pour atteindre la cible 3.2.2 des objectifs de développement durable, relative à la survie des nouveau-nés ;

Considérant que, dans la résolution WHA77.5 (2024), l'Assemblée mondiale de la Santé invite les États Membres à agir plus vite pour faire reculer la mortalité de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, en favorisant l'accès à des soins prénatals, intra-partum et postnatals de qualité, abordables et respectueux, en particulier pour les mères adolescentes qui sont exposées à un risque plus élevé d'éclampsie, de sepsis puerpéral et d'endométrite, et pour les nourrissons de mères adolescentes qui sont exposés à des risques plus élevés d'insuffisance pondérale à la naissance, de naissance prématurée et de maladies néonatales graves, en développant des services de soins néonataux essentiels abordables et de qualité pour chaque nouveau-né et en investissant dans des unités de soins spéciaux pour les nouveau-nés de petite taille et malades au niveau des districts ;

Notant que la prématurité est définie comme une naissance qui survient avant 37 semaines révolues de grossesse, que l'on estime qu'en 2020, 13,4 millions de nouveau-nés étaient prématurés et que le taux de prématurité variait de 4 % à 16 % d'un pays à l'autre, que les complications de la prématurité sont la principale cause de décès chez les enfants de moins de cinq ans, et que les trois quarts de ces décès pourraient être évités grâce à des interventions courantes et d'un bon rapport coût/efficacité ;

Sachant que si les naissances prématurées sont une préoccupation mondiale, elles se produisent en majorité en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne, et que les différences dans la survie des prématurés selon leur lieu de naissance sont flagrantes : plus de 90 % des très grands prématurés (moins de 28 semaines) nés dans des pays à revenu faible décèdent au cours des premiers jours, alors que moins de 10 % des très grands prématurés décèdent dans les pays à revenu élevé ;⁹⁹

Tenant compte du document de position mondial de l'OMS¹⁰⁰ et de sa stratégie de mise en œuvre, qui considère la méthode « mère kangourou » comme une innovation à visée transformatrice dans le domaine des soins de santé, et notant que cette méthode peut être utilisée par toutes les personnes chargées des soins aux enfants ;

Prenant note des recommandations 2022 de l'OMS relatives aux soins du nourrisson prématuré ou de faible poids de naissance qui favorisent la prévention et les soins de promotion pour la prise en charge des complications et le rôle de la participation de la famille et des personnes chargées des soins aux enfants et des réseaux qui les soutiennent ;

Saluant le rôle que joue la Journée mondiale de la prématurité, célébrée le 17 novembre, qui a été instaurée par la Fondation européenne pour les soins aux nouveau-nés et des organisations européennes de parents partenaires en 2008 afin de mieux faire connaître les problèmes et la charge de morbidité que représentent au niveau mondial les naissances prématurées, et sachant également que les cofondateurs internationaux LittleBigSouls (Afrique), March of Dimes (États-Unis d'Amérique) et National Premmie Foundation (Australie) se sont joints aux célébrations et ont fait de la Journée mondiale de la prématurité un mouvement intercontinental et que, parallèlement,

⁹⁹ [Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn](#). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (consulté le 3 juin 2025).

¹⁰⁰ [Méthode « mère kangourou » : une innovation transformatrice en matière de soins de santé : document de position mondial](#). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2023 (consulté le 3 juin 2025).

d'innombrables personnes et organisations, venant de plus d'une centaine de pays, unissent leurs forces dans le cadre d'activités et d'événements spéciaux et s'engagent elles-mêmes à agir pour aider à prendre en charge les naissances prématurées et à améliorer la situation des nourrissons prématurés et de leurs familles ;

Constatant que tous les États Membres de l'OMS ne célèbrent pas la Journée mondiale de la prématurité et que, dans les pays qui le font, il ne s'agit pas d'un événement national, mais que ce sont des individus ou des organisations non gouvernementales qui en prennent l'initiative,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres, selon leur situation et leurs priorités nationales :¹⁰¹

- 1) à célébrer comme il se doit la Journée mondiale de la prématurité pour sensibiliser le public et promouvoir l'éducation en santé, des orientations et des politiques cliniques fondées sur des données probantes et présentant un bon rapport coût/efficacité, le plaidoyer et la mobilisation de ressources pour la prévention des naissances prématurées et les soins aux nourrissons prématurés ;
- 2) à collaborer avec les parties prenantes locales, nationales et internationales concernées dans le cadre des événements de la Journée mondiale de la prématurité, pour promouvoir les soins périnataux et néonataux, y compris l'intensification des interventions de soins aux nouveau-nés, les orientations cliniques et de santé publique, la recherche et la diffusion des résultats, selon que de besoin ;
- 3) à mettre en œuvre les lignes directrices 2022 de l'OMS qui promeuvent les soins de prévention et de promotion, les soins en cas de complications et le rôle de la participation de la famille et des personnes chargées des soins aux enfants et des réseaux qui les soutiennent ;
- 4) à renforcer les stratégies préventives et curatives en facilitant l'accès universel aux services de soins de santé sexuelle et reproductive, notamment à des fins de planification familiale, l'information et l'éducation fondées sur des données probantes, pertinentes et disponibles en temps utile, ainsi que l'intégration de la santé reproductive dans les stratégies et programmes nationaux, y compris les services de soins de santé primaires, en mettant l'accent sur la lutte contre les facteurs de risque de naissance prématurée ;
- 5) à planifier, à mettre en œuvre et à surveiller les interventions et les technologies qui permettent de sauver des vies, y compris les soins essentiels aux nouveau-nés, le principe de « zéro séparation », l'allaitement maternel, les soins aux nouveau-nés de petite taille et malades, l'utilisation en toute sécurité de l'oxygène, notamment au moyen d'appareils à pression positive continue, et la disponibilité de médicaments de qualité garantie (antibiotiques, citrate de caféine et agents de surface), ainsi que le dépistage de la rétinopathie du prématuré, selon que de besoin pour chaque niveau de soins, que ce soit au niveau primaire, y compris dans la communauté, au niveau des soins hospitaliers secondaires ou au niveau des soins tertiaires, tels que définis par le système de santé de chaque pays ;
- 6) à envisager d'établir des programmes complets de suivi des nouveau-nés de petite taille et malades, englobant le dépistage auditif et visuel ainsi qu'une évaluation neurodéveloppementale à tous les niveaux du système ;

¹⁰¹ Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

- 7) à envisager l'intégration des soins aux nourrissons prématurés dans un ensemble de services de santé de base au titre de la couverture sanitaire universelle, avec des modalités de financement appropriées, afin de réduire la charge financière associée aux soins aux nourrissons prématurés ;
- 8) à reconnaître que la méthode « mère kangourou » est une stratégie efficace, sûre et d'un bon rapport coût/efficacité pour prendre soin des nourrissons prématurés et de faible poids de naissance, et à mettre en œuvre et doter de ressources cette méthode, assurée par la personne chargée des soins à l'enfant dans l'établissement de santé ou à domicile, en tant que norme de soins essentielle qui devrait être offerte à tous les nourrissons prématurés, parallèlement au démarrage précoce de l'allaitement maternel exclusif et à d'autres interventions fondées sur des données probantes, présentant un bon rapport coût/efficacité et permettant de sauver des vies ;
- 9) à dispenser aux personnels de santé une formation complète sur les soins relatifs au développement des nourrissons prématurés, y compris en ce qui concerne les avantages de l'allaitement maternel pour la santé, et à veiller à l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel afin de préserver et de promouvoir des pratiques d'alimentation optimales dans les unités de soins néonataux ;
- 10) à mettre en œuvre des programmes et des interventions de soutien communautaires qui offrent des conseils fondés sur des données probantes et un soutien émotionnel, psychologique, financier, matériel et administratif aux familles des nourrissons prématurés, afin de les aider à surmonter les difficultés particulières associées à la naissance prématurée ;
- 11) à envisager d'établir des lois, des réglementations et des normes nationales et locales sur les congés des parents et des personnes chargées des soins aux enfants, ainsi que les prestations connexes qui soutiennent les soins aux nourrissons prématurés, ou à revoir les lois, réglementations et normes existantes ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) d'introduire une Journée mondiale de la prématurité dans le calendrier de l'OMS afin de célébrer comme il se doit la Journée mondiale de la prématurité pour sensibiliser le public à l'échelle nationale et mondiale et promouvoir l'éducation en santé, des orientations et des politiques cliniques fondées sur des données probantes et présentant un bon rapport coût/efficacité, la recherche et la mobilisation de ressources pour la prévention des naissances prématurées et les soins aux nourrissons prématurés ;
- 2) d'aider les États Membres à renforcer les systèmes d'information nationaux qui permettent de suivre l'évolution des taux de naissances prématurées à l'échelle mondiale et nationale et de la mortalité et de la morbidité associées, afin de contribuer à combler les déficits de financement et à élaborer des politiques, des programmes et des stratégies fondés sur des données probantes ;
- 3) d'aider les pays à élaborer et à harmoniser leurs plans d'action nationaux en matière de santé, y compris le calcul des coûts de mise en œuvre, afin d'atteindre leurs cibles de réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux naissances prématurées ;

- 4) de collaborer avec les parties prenantes concernées, conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, selon qu'il convient, notamment dans le cadre de l'initiative « Chaque femme, chaque nouveau-né, partout » visant à renforcer l'assistance technique et le soutien programmatique en matière de prévention des naissances prématurées et de soins aux nourrissons prématurés, en aidant les pays à intensifier les interventions à fort impact et à renforcer leurs systèmes de santé, y compris les personnels de santé et les soins communautaires ;
- 5) de promouvoir des définitions standardisées et de proposer des mesures suffisamment détaillées pour évaluer les résultats en matière de naissances prématurées, ainsi que les autres résultats en matière de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ;
- 6) de faire rapport sur la mise en œuvre de la présente résolution à l'Assemblée de la Santé dans le cadre du rapport de fond biennal sur la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030), en mettant l'accent sur l'efficacité des efforts renouvelés pour atteindre plus vite la cible 3.2.2 des objectifs de développement durable.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission A, sixième rapport)

WHA78.18 Réglementer la commercialisation des substituts du lait maternel par des moyens numériques¹⁰²

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;¹⁰³

Rappelant toutes ses résolutions antérieures sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant, les modes d'alimentation appropriés et les questions connexes, en particulier les résolutions WHA31.47 (1978), WHA33.32 (1980), WHA34.22 (1981), WHA35.26 (1982), WHA37.30 (1984), WHA39.28 (1986), WHA41.11 (1988), WHA43.3 (1990), WHA45.34 (1992), WHA46.7 (1993), WHA47.5 (1994), WHA49.15 (1996), WHA54.2 (2001), WHA55.25 (2002), WHA58.32 (2005), WHA59.21 (2006), WHA61.20 (2008), WHA63.23 (2010), WHA65.6 (2012), WHA69.9 (2016), WHA71.9 (2018), et les décisions applicables, y compris les décisions WHA73(26) (2020) et WHA75(21) (2022) ;

Sachant que la commercialisation des substituts du lait maternel, des biberons et des tétines, ainsi que les formes inappropriées de promotion des aliments destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants,¹⁰⁴ continuent de compromettre gravement les progrès vers une alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant ;

¹⁰² Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

¹⁰³ Document A78/4.

¹⁰⁴ Les aliments destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants se définissent comme des aliments ou boissons de fabrication industrielle qui sont spécifiquement commercialisés comme étant adaptés à l'alimentation des enfants âgés de six à 36 mois, selon la définition figurant dans le document d'orientation [Guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children](#) (consulté le 5 mars 2025).

Considérant la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, en vertu de laquelle 196 États Parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et qui prévoit que les États Parties prennent des mesures appropriées pour faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant et sur les avantages de l'allaitement au sein et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information, comme stipulé à l'article 24 de la Convention ;

Soulignant que la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel, de même que la protection des droits des enfants et des femmes contre les conséquences néfastes et les interférences de la commercialisation des substituts du lait maternel par les fabricants et les distributeurs, contribuent tous deux à la concrétisation des engagements pris par les États Parties au titre de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant ;

Notant les conclusions tirées de données récentes sur la commercialisation des substituts du lait maternel, qui soulignent notamment que les technologies numériques ont donné naissance à de nouveaux outils de marketing puissants pour la promotion des substituts du lait maternel, et la nécessité de renforcer l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel ;

Sachant que la commercialisation numérique, notamment le marketing d'influence, est devenue la forme dominante de commercialisation dans de nombreux pays ;¹⁰⁵ qu'en l'absence de réglementation efficace, elle a des conséquences préjudiciables pour la santé publique ; et que, dans tous les pays du monde, les parents et les personnes chargées des soins aux enfants sont exposés à une promotion directe et indirecte des substituts du lait maternel ;

Exprimant sa profonde préoccupation face aux stratégies inappropriées de commercialisation numérique utilisées par les fabricants et les distributeurs de substituts du lait maternel, de biberons, de tétines et d'aliments destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants pour cibler les femmes enceintes, les parents et les personnes chargées des soins aux enfants, ainsi que les professionnels et professionnelles de la santé, notamment au moyen de contenus personnalisés ;

Notant qu'il importe de veiller à ce que les informations relatives à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant mises à la disposition des professionnels et professionnelles de la santé ainsi que des consommateurs et consommatrices soient impartiales, objectives, fondées sur des données factuelles, dénuées de conflits d'intérêts et conformes aux recommandations de l'OMS ;

Exprimant en outre son inquiétude face aux défis que présente la commercialisation numérique, y compris le marketing d'influence, pour l'élaboration, le suivi et l'application des mesures réglementaires nationales visant à restreindre la promotion et la publicité en faveur des substituts du lait maternel et à mettre un terme aux formes inappropriées de promotion des aliments destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants, y compris les stratégies et pratiques de commercialisation numérique transfrontalière ;

Consciente qu'en vue de garantir l'application effective du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel aux environnements numériques, il convient d'élaborer des mécanismes de réglementation nationaux, d'assurer la coordination entre un ensemble plus large d'organismes publics au sein des États Membres, selon qu'il conviendra, et

¹⁰⁵ Voir [Scope and impact of digital marketing strategies for promoting breastmilk substitutes](#). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022 (consulté le 5 mars 2025).

entre ceux-ci, le cas échéant, et de fixer des obligations juridiques spécifiques pour l'ensemble des entités impliquées dans la commercialisation numérique, y compris le marketing d'influence, d'imposer des sanctions dissuasives efficaces et proportionnées et de prendre des mesures dissuasives en cas de non-respect de toute mesure réglementaire obligatoire établie ;

Réaffirmant la nécessité d'adopter de bonnes pratiques de gouvernance prévoyant des garanties contre d'éventuels conflits d'intérêts lors de l'élaboration et de la mise en œuvre de mesures visant à réglementer la commercialisation numérique des substituts du lait maternel, et de prendre des mesures réglementaires obligatoires, car les mesures volontaires se sont avérées inefficaces ou insuffisantes en matière d'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel,¹⁰⁶ ainsi que l'importance de veiller à ce que des systèmes efficaces de suivi et de contrôle de l'application soient mis en place afin de fonctionner de manière transparente et indépendante, sans influence commerciale ;

Soulignant qu'il faut apporter un soutien technique aux États Membres en ce qui concerne les mesures réglementaires visant à restreindre la promotion et la publicité numériques en faveur des substituts du lait maternel, des biberons et des tétines, et à éliminer la promotion numérique inappropriée des aliments destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants, afin de s'assurer que ces pratiques soient correctement traitées dans les réglementations nationales existantes et nouvelles visant à appliquer le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, ainsi que les orientations visant à mettre un terme aux formes inappropriées de promotion des aliments pour nourrissons et jeunes enfants, et les orientations relatives aux mesures réglementaires visant à restreindre la commercialisation numérique des substituts du lait maternel,

1. INVITE les États Membres,¹⁰⁷ selon leur situation et leurs priorités nationales :

- 1) à intensifier leurs efforts en vue d'élaborer des mesures réglementaires robustes, ou de renforcer les mesures existantes, pour réglementer la commercialisation des substituts du lait maternel et des aliments destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants, y compris dans les environnements numériques, en tenant pleinement compte des recommandations figurant dans les orientations relatives aux mesures réglementaires visant à restreindre la commercialisation numérique des substituts du lait maternel ;¹⁰⁸
- 2) à mettre en place des systèmes et technologies de surveillance, ou à renforcer ceux qui existent, afin d'identifier et de signaler la commercialisation des substituts du lait maternel et des aliments destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants, et de s'employer à garantir que ces systèmes sont dotés des moyens nécessaires pour détecter les pratiques de commercialisation inappropriées dans les environnements numériques ;
- 3) à recenser, à doter de moyens, à coordonner et à renforcer tous les organismes publics compétents chargés de l'application et du suivi à l'échelle nationale du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, des orientations visant à mettre un terme aux formes inappropriées de promotion des aliments pour nourrissons et jeunes enfants et des orientations relatives aux mesures réglementaires visant à restreindre la commercialisation numérique des substituts du lait maternel ;

¹⁰⁶ Voir [WHO guideline: Policies to protect children from the harmful impact of food marketing](#) (consulté le 5 mars 2025).

¹⁰⁷ Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

¹⁰⁸ Tout en tenant compte des obligations internationales, le cas échéant.

- 4) à mobiliser l'ensemble des organismes publics compétents chargés de réglementer la publicité, le contenu marketing et les technologies de communication afin d'assurer une réglementation efficace dans tous les domaines et de mener les processus d'inspection, de surveillance et de contrôle nécessaires ;
 - 5) à assurer une protection contre les conflits d'intérêts lors de l'élaboration, de l'application, du suivi et de l'évaluation des mesures réglementaires visant à promulguer et à appliquer le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, les orientations visant à mettre un terme aux formes inappropriées de promotion des aliments pour nourrissons et jeunes enfants et les orientations relatives aux mesures réglementaires visant à restreindre la commercialisation numérique des substituts du lait maternel ;
2. APPELLE la société civile à appuyer l'élaboration et la mise en œuvre de mesures réglementaires robustes visant à encadrer la commercialisation numérique des substituts du lait maternel et des aliments destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants ;
 3. PRIE le Directeur général :
 - 1) de fournir aux États Membres qui en font la demande un appui technique pour la mise en œuvre des recommandations énoncées dans les orientations relatives aux mesures réglementaires visant à restreindre la commercialisation numérique des substituts du lait maternel, ainsi que pour le suivi et l'évaluation de leur application, y compris par la mise en place d'outils de surveillance nouveaux ou existants ;
 - 2) de recueillir les expériences nationales, les défis rencontrés et les enseignements tirés en matière de mise en œuvre des recommandations énoncées dans les orientations relatives aux mesures réglementaires visant à restreindre la commercialisation numérique des substituts du lait maternel, y compris au moyen de consultations régionales, mais sans s'y limiter, dans le but de faire une synthèse des bases factuelles nouvelles ou existantes sur leur efficacité et d'envisager des changements, si nécessaire ;
 - 3) de faire rapport sur la mise en œuvre de la présente résolution à la Quatre-Vingt-Unième Assemblée mondiale de la Santé dans le cadre du rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant en 2028.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission A, sixième rapport)

WHA78.19 Barème des contributions pour 2026-2027

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général ;¹⁰⁹

Ayant examiné également le rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,¹¹⁰

¹⁰⁹ Document A78/22.

¹¹⁰ Document A78/38.

ADOPTÉ le barème des contributions des Membres et des Membres associés pour l'exercice 2026-2027 tel qu'il figure ci-après.

Membres et Membres associés	Barème de l'OMS pour 2026-2027
	%
Afghanistan	0,0050
Afrique du Sud	0,2510
Albanie	0,0100
Algérie	0,0870
Allemagne	5,6923
Andorre	0,0040
Angola	0,0100
Antigua-et-Barbuda	0,0020
Arabie saoudite	1,2171
Argentine	0,4900
Arménie	0,0070
Australie	2,0401
Autriche	0,6260
Azerbaïdjan	0,0340
Bahamas	0,0150
Bahreïn	0,0500
Bangladesh	0,0100
Barbade	0,0070
Bélarus	0,0430
Belgique	0,7730
Belize	0,0010
Bénin	0,0050
Bhoutan	0,0010
Bolivie (État plurinational de)	0,0180
Bosnie-Herzégovine	0,0140
Botswana	0,0130
Brésil	1,4111
Brunéi Darussalam	0,0190
Bulgarie	0,0710
Burkina Faso	0,0050
Burundi	0,0010
Cabo Verde	0,0010
Cambodge	0,0080
Cameroun	0,0140
Canada	2,5431

Membres et Membres associés	Barème de l'OMS pour 2026-2027
Chili	0,3740
Chine	20,0050
Chypre	0,0350
Colombie	0,1970
Comores	0,0010
Congo	0,0050
Costa Rica	0,0630
Côte d'Ivoire	0,0240
Croatie	0,0880
Cuba	0,1220
Danemark	0,5310
Djibouti	0,0020
Dominique	0,0010
Égypte	0,1820
El Salvador	0,0130
Émirats arabes unis	0,5740
Équateur	0,0650
Érythrée	0,0010
Espagne	1,8951
Estonie	0,0450
Eswatini	0,0020
États-Unis d'Amérique	22,0000
Éthiopie	0,0100
Fédération de Russie	2,0941
Fidji	0,0030
Finlande	0,3860
France	3,8582
Gabon	0,0110
Gambie	0,0010
Géorgie	0,0090
Ghana	0,0250
Grèce	0,2800
Grenade	0,0010
Guatemala	0,0460
Guinée	0,0040
Guinée-Bissau	0,0010
Guinée équatoriale	0,0080
Guyana	0,0110

Membres et Membres associés	Barème de l'OMS pour 2026-2027
Haïti	0,0060
Honduras	0,0100
Hongrie	0,2230
Îles Cook (n'est pas membre de l'Organisation des Nations Unies)	0,0010
Îles Féroé (n'est pas membre de l'Organisation des Nations Unies)	0,0010
Îles Marshall	0,0010
Îles Salomon	0,0010
Inde	1,1061
Indonésie	0,5790
Iran (République islamique d')	0,3860
Iraq	0,1310
Irlande	0,4720
Islande	0,0350
Israël	0,6090
Italie	2,8131
Jamaïque	0,0070
Japon	6,9304
Jordanie	0,0210
Kazakhstan	0,1310
Kenya	0,0370
Kirghizistan	0,0030
Kiribati	0,0010
Koweït	0,2220
Lesotho	0,0010
Lettonie	0,0500
Liban	0,0220
Libéria	0,0010
Libye	0,0400
Lituanie	0,0810
Luxembourg	0,0730
Macédoine du Nord	0,0080
Madagascar	0,0040
Malaisie	0,3260
Malawi	0,0030
Maldives	0,0040
Mali	0,0050
Malte	0,0200

Membres et Membres associés	Barème de l'OMS pour 2026-2027
Maroc	0,0590
Maurice	0,0100
Mauritanie	0,0030
Mexique	1,1371
Micronésie (États fédérés de)	0,0010
Monaco	0,0110
Mongolie	0,0040
Monténégro	0,0040
Mozambique	0,0020
Myanmar	0,0100
Namibie	0,0070
Nauru	0,0010
Népal	0,0100
Nicaragua	0,0040
Niger	0,0040
Nigéria	0,1500
Nioué (n'est pas membre de l'Organisation des Nations Unies)	0,0010
Norvège	0,6530
Nouvelle-Zélande	0,3020
Oman	0,1150
Ouganda	0,0100
Ouzbékistan	0,0240
Pakistan	0,1230
Palaos	0,0010
Panama	0,0860
Papouasie-Nouvelle-Guinée	0,0090
Paraguay	0,0230
Pays-Bas (Royaume des)	1,2981
Pérou	0,1450
Philippines	0,1980
Pologne	0,8310
Porto Rico (n'est pas membre de l'Organisation des Nations Unies)	0,0010
Portugal	0,3280
Qatar	0,2450
République arabe syrienne	0,0060
République centrafricaine	0,0010
République de Corée	2,3491

Membres et Membres associés	Barème de l'OMS pour 2026-2027
République démocratique du Congo	0,0100
République démocratique populaire lao	0,0060
République de Moldova	0,0060
République dominicaine	0,0690
République populaire démocratique de Corée	0,0050
République-Unie de Tanzanie	0,0100
Roumanie	0,3580
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	3,9912
Rwanda	0,0030
Sainte-Lucie	0,0020
Saint-Kitts-et-Nevis	0,0010
Saint-Marin	0,0020
Saint-Vincent-et-les Grenadines	0,0010
Samoa	0,0010
Sao Tomé-et-Principe	0,0010
Sénégal	0,0070
Serbie	0,0400
Seychelles	0,0020
Sierra Leone	0,0010
Singapour	0,4790
Slovaquie	0,1490
Slovénie	0,0770
Somalie	0,0020
Soudan	0,0080
Soudan du Sud	0,0050
Sri Lanka	0,0380
Suède	0,8220
Suisse	1,0291
Suriname	0,0020
Tadjikistan	0,0030
Tchad	0,0050
Tchéquie	0,3440
Thaïlande	0,3410
Timor-Leste	0,0010
Togo	0,0020
Tokélaou (n'est pas membre de l'Organisation des Nations Unies)	0,0010
Tonga	0,0010

Membres et Membres associés	Barème de l'OMS pour 2026-2027
Trinité-et-Tobago	0,0330
Tunisie	0,0180
Türkiye	0,6850
Turkménistan	0,0360
Tuvalu	0,0010
Ukraine	0,0740
Uruguay	0,0790
Vanuatu	0,0010
Venezuela (République bolivarienne du)	0,0690
Viet Nam	0,1590
Yémen	0,0030
Zambie	0,0060
Zimbabwe	0,0070
TOTAL	100,0000

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA78.20 État du recouvrement des contributions, et notamment celles des États Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'état du recouvrement des contributions, et notamment celles des États Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé,¹¹¹ et sur les dispositions spéciales pour le règlement des arriérés ;

Ayant pris note du rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé ;¹¹²

Notant que, à la date de l'ouverture de la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, le droit de vote de l'Afghanistan, de la Dominique, du Liban, de la Somalie, du Soudan, du Soudan du Sud, du Venezuela (République bolivarienne du) et du Yémen était suspendu et que cette suspension se prolongerait jusqu'à ce que les arriérés des États Membres concernés aient été ramenés, à la présente ou à une future Assemblée de la Santé, à un niveau inférieur au montant qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution ;

¹¹¹ Document A78/23.

¹¹² Document A78/38.

Notant qu'à la date de l'ouverture de la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, le Cameroun, la Grenade, le Myanmar et Sainte-Lucie étaient redevables d'arriérés de contributions dans une mesure telle que l'Assemblée de la Santé doit examiner, conformément à l'article 7 de la Constitution, s'il y a lieu ou non de suspendre le droit de vote de ces pays à l'ouverture de la Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en 2026,

DÉCIDE :

- 1) que, conformément aux principes énoncés dans la résolution WHA41.7 (1988), si, à la date de l'ouverture de la Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, le Cameroun, la Grenade, le Myanmar et Sainte-Lucie sont encore redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution, leur droit de vote sera suspendu à partir de cette date ;
- 2) que toute suspension ainsi décidée aux termes du paragraphe 1) se prolongera à la Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé et aux Assemblées de la Santé suivantes jusqu'à ce que les arriérés aient été ramenés à un niveau inférieur au montant qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution ;
- 3) que cette décision est sans préjudice du droit de tout Membre de demander le rétablissement des privilèges attachés à son droit de vote conformément à l'article 7 de la Constitution.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA78.21 Dispositions spéciales concernant le règlement des arriérés : Liban

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné la demande du Liban concernant ses arriérés de contributions d'un montant de 1 508 160 dollars des États-Unis (USD) jusqu'à l'année 2025 incluse ; considérant également la demande du Liban de rééchelonner le paiement de ce solde sur la période 2025-2034 ;¹¹³

Notant que cette demande n'est pas totalement conforme aux dispositions de la résolution WHA54.6 (2001) relative aux dispositions spéciales pour le règlement des arriérés de contributions, en ce qui concerne le délai et la procédure,

1. DÉCIDE de rétablir les privilèges attachés au droit de vote du Liban à la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé aux conditions suivantes :

Le Liban acquittera le montant de ses arriérés de contributions, qui totalise 1 508 160 USD, sur une période de 10 ans, allant de 2025 à 2034, selon l'échéancier indiqué ci-après, indépendamment du règlement de ses contributions annuelles à partir de 2026 ;

¹¹³ Voir le document A78/35.

Année	USD
2025	220 182
2026	89 053
2027	98 603
2028	98 603
2029	142 904
2030	142 904
2031	142 904
2032	187 205
2033	189 205
2034	196 597
TOTAL	1 508 160

2. DÉCIDE EN OUTRE que, conformément à l'article 7 de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, les privilèges attachés au droit de vote seront automatiquement suspendus si le Liban ne remplit pas les conditions énoncées au paragraphe 1 ci-dessus ;
3. PRIE le Directeur général de faire rapport aux Assemblées de la Santé suivantes sur la situation telle qu'elle se présentera alors ;
4. PRIE EN OUTRE le Directeur général de communiquer le texte de la présente résolution au Gouvernement du Liban.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA78.22 Rémunération du personnel hors classes et du Directeur général¹¹⁴

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;¹¹⁵

Prenant acte des recommandations du Conseil exécutif concernant la rémunération du personnel hors classes et du Directeur général,

1. FIXE le traitement brut afférent aux postes de Sous-Directeur général et de Directeur régional¹¹⁶ à 213 655 dollars des États-Unis (USD) par an, avec un traitement net correspondant de 156 512 USD ;
2. FIXE le traitement brut afférent au poste de Directeur général adjoint¹¹⁷ à 235 064 USD par an, avec un traitement net correspondant de 170 642 USD ;

¹¹⁴ Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

¹¹⁵ Document A78/4.

¹¹⁶ Catégorie de traitement UG1.

¹¹⁷ Catégorie de traitement UG2.

3. FIXE le traitement brut afférent au poste de Directeur général à 293 003 USD par an, avec un traitement net correspondant de 218 602 USD ;
4. DÉCIDE que ces ajustements de rémunération prendront effet à compter du 1^{er} janvier 2025.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA78.23 Faits antérieurs¹¹⁸

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;¹¹⁵

Prenant acte des recommandations du Conseil exécutif concernant l'article IX du Statut du personnel,

1. ADOPTE les amendements à l'article 9.2 du Statut du personnel ;¹¹⁹
2. DÉCIDE que ces amendements prendront effet à compter du 1^{er} juillet 2025.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA78.24 Prolongation du Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant 2012-2025¹¹⁸

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;¹²⁰

Rappelant la résolution WHA65.6 (2012), par laquelle l'Assemblée de la Santé a approuvé le Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant ;

Réaffirmant l'engagement pris dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, notamment de mettre fin à toutes les formes de malnutrition d'ici à 2030 ;

Rappelant la résolution WHA69.2 (2016) intitulée « Engagement à mettre en œuvre la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) » ;

Réitérant les recommandations pour la prévention et la prise en charge de l'obésité à toutes les étapes de la vie et la définition éventuelle de cibles à cet égard ;

Réaffirmant également l'importance du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions ultérieures de l'Assemblée de la Santé sur la nutrition du nourrisson ;

¹¹⁸ Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

¹¹⁹ Voir l'annexe 2.

¹²⁰ Document A78/4.

Constatant la nécessité de promouvoir la pratique de l'allaitement exclusif, ainsi que des pratiques optimales d'alimentation complémentaire pour les enfants, conformément aux lignes directrices nationales en matière de diététique ;

Prenant note du cadre d'action global visant à une réduction plus rapide de l'anémie, du Plan d'action mondial contre l'émaciation des enfants (2021-2030) et des priorités politiques énoncées dans l'appel à l'action du Collectif mondial pour l'allaitement maternel ;

Prenant note également du cadre de l'OMS rassemblant les mesures essentielles en matière de nutrition, en vue de faire progresser la réalisation des cibles mondiales en matière de nutrition ;

Saluant les progrès significatifs accomplis en vue d'atteindre la cible mondiale en matière de nutrition relative à l'allaitement maternel exclusif et d'empêcher l'augmentation du surpoids chez l'enfant, tout en constatant que des progrès supplémentaires sont nécessaires ;

Notant avec inquiétude que les progrès accomplis vers la réalisation des cibles mondiales en matière de nutrition relatives au retard de croissance, à l'anémie, à l'insuffisance pondérale à la naissance et à l'émaciation ont été insuffisants et que celle-ci n'est toujours pas en bonne voie,

1. PROROGE jusqu'en 2030 le Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant afin de l'aligner sur le Programme de développement durable à l'horizon 2030 ;
2. PROLONGE le calendrier des cibles mondiales en matière de nutrition relatives au retard de croissance, à l'anémie, à l'insuffisance pondérale à la naissance et à l'émaciation, à l'allaitement maternel exclusif et au surpoids de l'enfant, et demande que des progrès soient accomplis dans leur réalisation, visant à des avancées plus rapides concernant le surpoids et l'allaitement maternel exclusif ;
3. ADOPTE des cibles opérationnelles mondiales, y compris : améliorer la diversité alimentaire chez la femme et l'enfant ; développer la pratique de la mise au sein précoce ; fournir des conseils nutritionnels sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ; augmenter la consommation de suppléments contenant du fer selon que de besoin pendant la grossesse ; et réduire la consommation de boissons sucrées ;
4. APPELLE toutes les organisations régionales et/ou internationales concernées, les parties prenantes, les organisations du système des Nations Unies, les partenaires multilatéraux, y compris les banques de développement et les institutions financières, ainsi que les sommets organisés sur les thèmes des systèmes alimentaires, de la sécurité alimentaire et de la nutrition, à intensifier leurs efforts ; à axer leurs discussions sur les systèmes alimentaires, la sécurité alimentaire et la nutrition sur l'intégration des objectifs relatifs à la nutrition dans tous les secteurs ; et à suivre les investissements en matière de nutrition ;
5. INVITE INSTAMMENT les États Membres¹²¹ à maintenir et à appliquer plus rapidement les mesures visant à mettre en œuvre le Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, selon qu'il convient et en tenant compte des situations et priorités nationales, y compris par les moyens suivants :

¹²¹ Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

- 1) en adoptant ou en élargissant les politiques nutritionnelles de lutte contre toutes les formes de malnutrition moyennant une coordination et une application multisectorielles ;
- 2) en cherchant à accroître le financement national des programmes qui portent spécifiquement sur la nutrition ou tiennent compte de cette dimension, avec des lignes budgétaires et des cibles en matière de financement clairement établies ;
- 3) en intégrant pleinement les mesures essentielles de nutrition dans les services courants de soins de santé préventifs et curatifs, tout en progressant vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle ;
- 4) en développant les capacités des personnels de santé à mettre en œuvre des mesures essentielles en matière de nutrition grâce à une meilleure formation initiale et en cours d'emploi et à une évaluation régulière des compétences ;
- 5) en renforçant les programmes à l'intention des agents et agentes de santé communautaires pour étendre la portée des systèmes de santé et la prestation de services de nutrition ;
- 6) en s'attachant à transformer et/ou à promouvoir des systèmes alimentaires qui favorisent la progression vers un accès universel à des aliments abordables, sûrs et sains de manière à satisfaire les besoins nutritionnels et les préférences alimentaires pour permettre à chacun et chacune de mener une vie saine et active ;
- 7) en prenant des mesures visant à promouvoir une alimentation plus saine, notamment en réglementant efficacement la commercialisation des substituts du lait maternel et des aliments destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants ;
- 8) en améliorant les systèmes de suivi et d'évaluation afin de fournir des informations régulières sur la mise en œuvre des politiques de nutrition, l'exécution des programmes et les résultats obtenus ;
- 9) en redoublant d'efforts pour intégrer les objectifs relatifs à la nutrition dans tous les secteurs et suivre les investissements en matière de nutrition ;

6. PRIE le Directeur général :

- 1) de fournir aux États Membres qui en font la demande un appui technique en matière d'élaboration de politiques et de programmes afin d'accélérer les progrès dans l'amélioration de l'état nutritionnel de la mère, du jeune enfant et du nourrisson et de contribuer au suivi et à l'évaluation de ces mesures ;
- 2) de rendre compte des progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, ainsi que du Code de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions connexes de l'Assemblée de la Santé, sous la forme de rapports biennaux présentés à l'Assemblée de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif, jusqu'en 2030 (à publier en 2026, en 2028 et en 2030, respectivement) ;

3) de procéder à un examen des normes et politiques nutritionnelles existantes qui déterminent la qualité et la salubrité des aliments fournis dans le cadre des programmes de nutrition en établissement scolaire ou préscolaire et d'en présenter les conclusions à la Soixante-Dix-Neuvième Assemblée de la Santé en 2026, parallèlement au rapport mentionné à l'alinéa 2) du paragraphe 6 ci-dessus.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission B, troisième rapport)

WHA78.25 Transfert de l'Indonésie de la Région de l'Asie du Sud-Est à la Région du Pacifique occidental¹²²

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné la demande du Gouvernement indonésien tendant à ce que l'Indonésie soit transférée à la Région du Pacifique occidental,¹²³

DÉCIDE que l'Indonésie fait partie de la Région du Pacifique occidental.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission B, troisième rapport)

WHA78.26 Hisser le drapeau des États non membres observateurs de l'Organisation mondiale de la Santé¹²²

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Guidée par les buts et les principes énoncés dans la Charte des Nations Unies ;

Ayant à l'esprit le Préambule de la Charte des Nations Unies, dans lequel les États ont proclamé à nouveau leur foi dans l'égalité de droits des hommes et des femmes, ainsi que des nations, grandes et petites ;

Notant la participation de la Palestine, État non membre observateur, aux sessions et à tous les travaux de l'Organisation mondiale de la Santé ;

Rappelant que la Palestine a obtenu le statut d'État non membre observateur de l'Organisation des Nations Unies le 29 novembre 2012, et rappelant également à cet égard la résolution 67/19 de l'Assemblée générale des Nations Unies du 29 novembre 2012 et ses résolutions antérieures sur la question ;

Rappelant également la résolution 69/320 de l'Assemblée générale des Nations Unies du 10 septembre 2015 intitulée « Hisser le drapeau des États non membres observateurs de l'Organisation des Nations Unies » ;

Rappelant en outre la résolution WHA77.15 du 1^{er} juin 2024 intitulée « Aligner la participation de la Palestine à l'Organisation mondiale de la Santé sur sa participation à l'Organisation des Nations Unies »,

¹²² Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

¹²³ Voir le document A78/31.

1. DÉCIDE que les drapeaux des États non membres observateurs de l'Organisation des Nations Unies seront hissés au Siège de l'Organisation mondiale de la Santé et dans les bureaux de l'OMS après ceux des États Membres de l'Organisation mondiale de la Santé dans l'ordre alphabétique, sans préjudice de la participation des États non membres en tant qu'États observateurs, et sans que cela ne confère à ces États le statut d'État Membre de l'Organisation mondiale de la Santé ;
2. PRIE le Directeur général de prendre les mesures nécessaires à la mise en œuvre de la présente résolution avant la clôture de la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission B, quatrième rapport)

WHA78.27 Mobiliser un soutien mondial pour un avenir sans plomb¹²⁴

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;¹²⁵

Rappelant les engagements pris lors du Sommet mondial pour le développement durable de 2002 visant à éliminer progressivement les peintures à base de plomb et les autres sources d'exposition humaine au plomb, à œuvrer pour empêcher, en particulier, l'exposition des enfants au plomb et à renforcer les efforts de suivi et de surveillance ainsi que les traitements ;

Considérant que la prévention et l'atténuation des effets sur la santé imputables à toutes les sources d'exposition au plomb sont conformes au quatorzième programme général de travail de l'OMS, 2025-2028, qui accorde une attention particulière à l'action sur les déterminants de la santé et sur les causes profondes des problèmes de santé, notamment les changements climatiques et la dégradation de l'environnement ;

Tenant compte également de la Feuille de route de l'OMS pour les produits chimiques, approuvée par la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé dans le but de contribuer à atteindre les objectifs fixés pour 2020 (et au-delà) par l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques, qui vise à renforcer le rôle de chef de file joué par le secteur de la santé mondiale pour ce qui a trait aux aspects de l'exposition aux produits chimiques nocifs, y compris au plomb, qui ont une incidence sur la santé, ainsi que le rôle important joué par ce secteur à l'appui de la coopération multisectorielle pour la gestion rationnelle des produits chimiques, notamment le plomb, qui est classé par l'OMS parmi les 10 produits chimiques gravement préoccupants pour la santé publique ;¹²⁶

¹²⁴ Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

¹²⁵ Documents A78/4.

¹²⁶ Voir [10 chemicals of public health concern](#). [Page Web] Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (consulté le 5 mars 2025).

Accueillant avec satisfaction le fait que le Cadre mondial relatif aux produits chimiques de 2023 – Pour une planète sans produits chimiques ni déchets nocifs¹²⁷ tienne compte du rôle critique joué par le secteur de la santé dans la gestion rationnelle des produits chimiques et des déchets et dans la promotion de la santé et du bien-être, et rappelant également la résolution WHA76.17 (2023) sur l'incidence des produits chimiques, des déchets et de la pollution sur la santé humaine, dans laquelle l'Assemblée mondiale de la Santé souligne l'importance cruciale des travaux de l'OMS et du secteur de la santé dans la gestion des produits chimiques à l'échelle mondiale, en particulier en ce qui concerne le plomb et l'appui aux négociations en vue de la mise au point en 2023 du Cadre mondial relatif aux produits chimiques ;

Mesurant la nécessité d'actualiser la Feuille de route de l'OMS pour les produits chimiques afin d'accroître la participation du secteur de la santé aux actions menées en vertu du Cadre mondial relatif aux produits chimiques de 2023, en soulignant en particulier l'importance de stratégies de protection de la santé portant sur certains produits chimiques préoccupants, y compris le plomb, et en répondant aux besoins des personnes à risque d'exposition, y compris celles qui se trouvent en situation vulnérable, et notant que le Directeur général rédige un rapport à ce sujet traitant des mises à jour nécessaires ;

Rappelant l'engagement politique croissant en faveur de la lutte contre l'exposition au plomb, y compris l'appel à l'action du G20 relatif au renforcement des services d'alimentation en eau potable, d'assainissement et d'hygiène, qui souligne le rôle de la coopération technique internationale dans la lutte contre la pollution de l'eau, y compris par le plomb ;

Prenant acte de la collaboration en cours, notamment du nouveau partenariat mondial public-privé pour un avenir sans plomb (lancé en marge de la 79^e session de l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2024), qui vise à lutter contre l'exposition au plomb dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et à éliminer le saturnisme chez l'enfant d'ici à 2040 ;

Sachant que le plomb est un métal lourd pour lequel on ne connaît pas de taux de concentration dans le sang qui serait sans danger, et que certaines études ont estimé que le plomb était responsable de près de la moitié des deux millions de vies perdues en raison de l'exposition à des produits chimiques en 2019,¹²⁸ avec une estimation de 1,5 million de décès imputables au plomb chaque année d'après les chiffres de 2021 (principalement en raison d'effets cardiovasculaires) ;¹²⁹

Se déclarant préoccupée par le fait que les jeunes enfants sont particulièrement vulnérables aux effets de l'exposition au plomb sur la santé, environ un enfant sur trois dans le monde présentant une plumbémie très inquiétante du fait d'un risque élevé de troubles du développement, de difficultés d'apprentissage et de comportement, de niveau d'instruction et de revenus plus faibles, et à terme

¹²⁷ [Le Cadre mondial relatif aux produits chimiques](#) (consulté le 25 février 2025) a été adopté par la Conférence internationale sur la gestion des produits chimiques, à sa cinquième session (Bonn, Allemagne, 28 et 29 septembre 2023), pour prendre la suite de l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques.

¹²⁸ Voir Principaux repères de l'OMS, [Intoxication au plomb](#), 27 septembre 2024 (consulté le 5 mars 2025). Voir également The Institute for Health Metrics and Evaluation: Global Health Metrics, [Lead Exposure – Level 3 Risk – Global Burden of Disease in 2021](#) (consulté le 5 mars 2025), et The [public Health Impacts of Chemicals: knowns and unknowns](#) (où on peut lire dans les données ajoutées en 2021 que deux millions de vies et 53 millions d'années de vie corrigées de l'incapacité ont été perdues en 2019 en raison de l'exposition à certains produits chimiques) (OMS, 2016, consulté le 5 mars 2025).

¹²⁹ Voir Institute for Health Metrics and Evaluation, [Global Burden of Disease Study](#) (2021) (consulté le 5 mars 2025). Voir aussi la résolution WHA76.17.

de mortalité prématurée,¹³⁰ et notant que 99 % de ces enfants vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire ;^{131,132}

Notant que l'exposition chronique des adultes à des concentrations de plomb, même faibles, a des effets délétères sur la santé et est associée à un risque accru de maladies cardiovasculaires,¹³³ que les femmes enceintes exposées au plomb courent un risque accru de complications de la grossesse, de fausse couche, de troubles du développement fœtal, d'insuffisance pondérale à la naissance, d'accouchement prématuré et de mortinaissance ;¹³⁴ et que les personnes âgées exposées à de faibles niveaux de plomb peuvent présenter un risque accru d'hypertension artérielle, de troubles cognitifs et de symptômes psychiatriques, ainsi que de démence ;¹³⁵

Prenant note également de l'initiative mondiale visant à parvenir à une eau de boisson sans plomb, lancée par un consortium de gouvernements, de fabricants et de partenaires de la société civile lors de la Conférence des Nations Unies sur l'eau de 2023, et prenant acte des efforts actuellement déployés par l'OMS pour s'attaquer aux graves effets du plomb sur la santé par la sensibilisation et la mobilisation, ainsi que des progrès notables accomplis dans le cadre du Partenariat du PNUE pour des carburants et véhicules propres, qui a permis d'éliminer toute l'essence au plomb pour automobiles des marchés mondiaux, et par l'intermédiaire de l'Alliance mondiale OMS/PNUE pour l'élimination des peintures au plomb, au sein de laquelle plus de 100 partenaires cherchent à prévenir l'exposition des enfants à la peinture au plomb (et à réduire autant que possible l'exposition professionnelle à ces produits) ;

Constatant avec préoccupation que le fait de négliger les effets néfastes de l'exposition au plomb sur la santé pourrait saper les efforts déployés par les États Membres et le Secrétariat pour améliorer la santé et le bien-être et réduire les inégalités et le manque d'équité en matière de santé à l'échelle mondiale ;

Soulignant qu'il importe d'accorder une attention particulière aux personnes touchées de manière disproportionnée par l'exposition au plomb, en particulier les enfants, les femmes en âge de procréer, les personnes vivant au sein de communautés à revenu faible et les personnes vivant dans les pays en développement ;

Considérant que la coopération multisectorielle, comme en prend acte la Feuille de route de l'OMS pour les produits chimiques, peut contribuer aux progrès de la sécurité chimique et s'appuie sur des interventions sanitaires fondées sur des données probantes pour atténuer les effets de l'exposition au plomb sur la santé tout au long de la vie, en particulier sur les enfants ;

¹³⁰ Voir [UNICEF et Pure Earth](#) (2020). Les effets négatifs sur le développement et les résultats en matière de santé sont tirés de différentes sources : [Crump et al.](#) (2013) et [Lanphear et al.](#) (2005) pour ce qui est des retards de développement cognitif et des pertes de QI ; [Donzelli et al.](#) (2019) et [Goodlad et al.](#) (2013) pour ce qui est des difficultés d'apprentissage ; [Crawford et al.](#) (2023) pour le plus faible niveau d'instruction atteint ; [Marcus et al.](#) (2010) pour les difficultés de comportement ; et [Ava Navas-Acien et al.](#) (2006) et [Lamas et al.](#) (2023) pour les liens entre plomb et risque cardiovasculaire (consultés le 5 mars 2025).

¹³¹ Voir [Opportunities for the G7 to address the global crisis of lead poisoning in the 21st century a Rapid Stocktaking Report](#) (2023) (consulté le 5 mars 2025).

¹³² Voir [UNEP Global Chemical Outlook II](#), page 159 (29 avril 2019) (consulté le 5 mars 2025).

¹³³ Voir Journal of the American Heart Association, [Contaminant Metals as Cardiovascular Risk Factors: A Scientific Statement from the American Heart Association](#) (12 juin 2023) (consulté le 5 mars 2025).

¹³⁴ Voir prééclampsie [[Zhong et al.](#) (2022) et [Poropat et al.](#) (2018)], prématurité [[Khanam et al.](#) (2021), [Habibian et al.](#) (2022) et [Wu et al.](#) (2022)], insuffisance pondérale à la naissance [[Wang et al.](#) (2020) et [Vigeh et al.](#) (2022)], mortinaissances [[Kaur et al.](#) (2021)] (consultés le 5 mars 2025).

¹³⁵ Voir [UNEP Global Chemical Outlook II](#), page 60 (29 avril 2019) (consulté le 5 mars 2025).

Soulignant que la présente résolution offre à la communauté mondiale de la santé une occasion opportune supplémentaire de tirer parti de son pouvoir fédérateur pour plaider en faveur d'une amélioration des résultats en matière de santé par le renforcement de l'action et de la mobilisation des secteurs qui continuent d'utiliser le plomb dans les matériaux de construction, y compris dans les peintures, les tuyaux et les raccords de tuyauterie, mais aussi dans les jouets, les épices, les cosmétiques et d'autres biens de consommation, et des sources industrielles qui contribuent à la contamination par le plomb, y compris lors de la production, de l'élimination et du recyclage des batteries au plomb dans de mauvaises conditions de sécurité,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres,¹³⁶ selon leur situation et leurs priorités nationales :
 - 1) à s'engager dans un projet commun – un monde libéré de l'exposition au plomb – et à accorder une place prioritaire aux efforts engagés face à ce défi pressant pour la santé mondiale ;
 - 2) à renforcer la mise en œuvre des lignes directrices applicables de l'OMS, y compris les Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge clinique de l'exposition au plomb, les Directives OMS de qualité pour l'eau de boisson, la Feuille de route de l'OMS pour les produits chimiques et le cours de formation en ligne UNICEF-OMS sur la santé environnementale des enfants ;
 - 3) à se mobiliser activement, en amont, au niveau national, sous-régional, régional et international, afin d'amplifier et de renforcer la coopération globale multisectorielle en faveur de l'action, y compris pour échanger des données scientifiques et des bonnes pratiques ; de promouvoir la recherche et l'évaluation des risques ; de prévenir et de réduire l'exposition au plomb, toutes sources confondues, afin d'atténuer les effets sur la santé qui en découlent ; et d'adapter et de renforcer les systèmes de santé pour s'attaquer à ces problèmes de santé ;
 - 4) à renforcer et à maintenir les systèmes de suivi des progrès accomplis dans la réduction des expositions au plomb, y compris le dosage de la plombémie, en particulier chez les enfants, et le dépistage des personnes à haut risque ;
 - 5) à participer activement à l'élaboration d'un plan d'action mondial de l'OMS sur l'atténuation de l'exposition au plomb (qu'il est demandé d'établir au titre du paragraphe 2.1 du dispositif de la présente résolution), afin de renforcer l'action sanitaire mondiale face à l'exposition au plomb et d'atténuer progressivement les conséquences du plomb sur la santé humaine ;
 - 6) à développer et à renforcer les capacités dont le secteur de la santé est doté pour prévenir, détecter et atténuer l'exposition au plomb chez les enfants, y compris en renforçant la sensibilisation, le plaidoyer et la formation au profit des soignantes et soignants, en particulier celles et ceux qui participent aux programmes de santé maternelle et de santé de l'enfant ; en améliorant la disponibilité des produits de diagnostic ; en renforçant les moyens de laboratoire pour la détection de la plombémie ; et en augmentant la disponibilité des antidotes recommandés figurant dans la Liste modèle OMS des médicaments essentiels ;
 - 7) à apporter au Secrétariat de l'OMS, selon qu'il convient, un soutien financier ou un appui scientifique ou logistique en nature, afin de pouvoir amplifier les efforts nationaux, sous-régionaux, régionaux et mondiaux en matière d'atténuation de l'exposition au plomb et d'adaptation, et de renforcer l'aptitude des systèmes de santé à traiter les problèmes liés à l'exposition au plomb ;

¹³⁶ Et, le cas échéant, les organisations d'intégration économique régionale.

2. PRIE le Directeur général :

- 1) d'élaborer, en concertation avec les États Membres, les institutions spécialisées compétentes des Nations Unies ainsi que d'autres parties intéressées conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, selon qu'il convient, un plan d'action mondial sur l'atténuation de l'exposition au plomb, qui devrait envisager des mesures visant à adapter les systèmes de santé aux problèmes de santé liés à l'exposition au plomb, afin de renforcer l'action du secteur mondial de la santé face à l'exposition au plomb conformément aux « domaines d'action » interdépendants exposés dans la Feuille de route de l'OMS pour les produits chimiques ;
- 2) de renforcer et d'amplifier le rôle de l'OMS dans les efforts visant à réduire l'exposition au plomb au niveau national, sous-régional, régional et mondial, y compris en élaborant des orientations normatives fondées sur des données probantes, en fournissant un appui technique ciblé, en renforçant les réseaux existants de centres antipoison et les centres collaborateurs de l'OMS, et par des campagnes de communication telles que la Semaine internationale de l'OMS pour la prévention de l'intoxication au plomb ;
- 3) de soutenir le renforcement des capacités à tous les niveaux, afin de produire en temps opportun des données crédibles et correctement ventilées sur toutes les sources d'exposition au plomb, y compris les déchets, et sur leurs effets, le but étant d'analyser et de mesurer de manière adéquate les progrès accomplis par les États Membres dans la réalisation des objectifs de développement durable applicables ;
- 4) d'encourager les travaux de recherche scientifique et interdisciplinaire susceptibles de déboucher sur des solutions novatrices pour prévenir les effets sur la santé de l'exposition au plomb et de la pollution qui y est associée ;
- 5) d'apporter un soutien aux États Membres pour renforcer le rôle moteur du secteur de la santé et la coordination avec les efforts internationaux d'atténuation de l'exposition au plomb ;
- 6) de présenter le projet de plan d'action mondial sur l'atténuation de l'exposition au plomb à la Quatre-Vingtième Assemblée mondiale de la Santé en 2027 par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent soixantième session, puis de soumettre un rapport de situation à la Quatre-Vingt-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé en 2029 et à la Quatre-Vingt-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé en 2031.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission B, quatrième rapport)

WHA78.28 Effets de la guerre nucléaire sur la santé publique¹³⁷

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;¹³⁸

Réaffirmant le principe inscrit dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé selon lequel la santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité ;

¹³⁷ Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives que cette résolution aura pour le Secrétariat.

¹³⁸ Document A78/4.

Prenant acte des résolutions 34/58 (1979), 38/188 J (1983) et 40/10 (1985) de l'Assemblée générale des Nations Unies, ainsi que des résolutions WHA34.38 (1981), WHA36.28 (1983) et WHA77.9 (2024) qui soulignent l'étroite interdépendance entre la santé et la préservation et la promotion de la paix ;

Prenant acte également du rapport de 1983 intitulé « Effets de la guerre nucléaire sur la santé et les services de santé » établi par le Comité international d'experts en sciences médicales et santé publique créé par le Directeur général conformément à la résolution WHA34.38, du deuxième rapport de 1987 sur le même sujet, établi par le groupe de gestion de l'OMS sur le suivi de la résolution WHA36.28, et du rapport de 1993 intitulé « Effets des armes nucléaires sur la santé et l'environnement » établi par le Directeur général conformément à la résolution WHA46.40 ;

Rappelant l'objectif ultime de l'élimination complète des armes nucléaires et le fait que cette élimination constitue une priorité de premier ordre pour la paix et la sécurité internationales ;

Constatant que, lors du Sommet de l'avenir qui s'est tenu le 22 septembre 2024, les États Membres de l'Organisation des Nations Unies ont exprimé leurs préoccupations face aux risques croissants d'une guerre nucléaire, qui pourrait constituer une menace existentielle pour l'humanité, et leur profonde inquiétude face à l'état du désarmement nucléaire, qu'ils ont réaffirmé leur attachement à l'objectif de l'élimination complète des armes nucléaires et qu'ils se sont engagés à renforcer l'architecture du désarmement et de la non-prolifération, en s'attachant à prévenir toute érosion des normes internationales existantes et à prendre toutes les mesures possibles pour prévenir la guerre nucléaire ;

Prenant acte de la résolution 79/238 (2024) de l'Assemblée générale des Nations Unies intitulée « Effets d'une guerre nucléaire et recherche scientifique », dans laquelle l'Assemblée générale prie le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies de constituer un groupe scientifique indépendant chargé d'étudier les effets d'une guerre nucléaire et demande aux entités des Nations Unies et aux organismes compétents, y compris l'OMS, d'appuyer les travaux de ce groupe, notamment en mettant à sa disposition leurs compétences spécialisées, des études commandées, des données et des documents,

1. PRIE le Directeur général :

- 1) de mettre à jour les rapports de l'OMS sur les effets de la guerre nucléaire sur la santé et les services de santé (1983 et 1987) et le rapport sur les effets des armes nucléaires sur la santé et l'environnement (1993) et, à cet égard, de rassembler et d'analyser les études connexes existantes ;
- 2) à cette fin, le cas échéant, de coopérer avec les parties prenantes concernées, conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, selon qu'il convient, et avec d'autres organisations internationales et organes des Nations Unies, conformément à leurs mandats respectifs ;
- 3) de faire rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la présente résolution à la Quatre-Vingt-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé en 2029 ;

2. ENCOURAGE les États Membres, selon leur situation et leur cadre juridique nationaux, à appuyer les travaux du Directeur général.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission B, quatrième rapport)

Décisions

WHA78(1) Composition de la Commission de vérification des pouvoirs

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a nommé une Commission de vérification des pouvoirs comprenant les déléguées et délégués des 12 États Membres suivants : Cambodge, Fidji, Géorgie, Honduras, Irlande, Malawi, Maldives, Mauritanie, Pérou, Qatar, Tchad, Turkménistan.

(Première séance plénière, 19 mai 2025)

WHA78(2) Élection de la présidente ou du président et des vice-présidentes et vice-présidents de la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a élu :

Président : D^r Teodoro Herbosa (Philippines)

Vice-Présidentes et Vice-Présidents :

Professeur D^r Md. Sayedur Rahman (Bangladesh)

M. Jaime Hernán Urrego Rodríguez (Colombie)

D^{re} Louise Mapleh Kpoto (Libéria)

D^{re} Judit Bidlo (Hongrie)

D^{re} Jalila bint Al Sayyed Jawad Hassan (Bahreïn)

(Première séance plénière, 19 mai 2025)

WHA78(3) Élection du bureau des commissions principales

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a élu présidentes des commissions principales :

Commission A : **Présidente** D^{re} Esperance Luvindao (Namibie)

Commission B : **Présidente** M^{me} Katarzyna Drązek-Laskowska (Pologne)

(Première séance plénière, 19 mai 2025)

Les commissions principales ont ultérieurement élu vice-présidente et vice-présidents et rapporteuse et rapporteur :

Commission A : **Vice-Présidents** D^r Salih Al Hasnawi (Iraq)
M. Raynold B. Oilouch (Palaos)

Rapporteuse M^{me} Christy Butler (Bahamas)

Commission B :	Vice-Présidente et Vice-Président	D ^{re} Reina Roa (Panama) M. Narciso Fernandes (Timor-Leste)
	Rapporteur	D ^r Abdulrahman Alqashaan (Koweït)

(Premières séances des Commissions A et B,
19 et 21 mai 2025, respectivement)

WHA78(4) Constitution du Bureau de l'Assemblée

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a élu les déléguées et délégués des 17 pays suivants pour faire partie du Bureau de l'Assemblée : Bahamas, Bhoutan, Cameroun, Chine, Cuba, Danemark, Équateur, Éthiopie, France, Gambie, Libéria, Libye, Malaisie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Soudan, Tadjikistan et Uruguay.

(Première séance plénière, 19 mai 2025)

WHA78(5) Adoption de l'ordre du jour

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a adopté l'ordre du jour provisoire établi par le Conseil exécutif à sa cent cinquante-sixième session, après avoir supprimé deux points et deux sous-points, et exclu un point supplémentaire.

(Première séance plénière, 19 mai 2025)

WHA78(6) Vérification des pouvoirs

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé le rapport de la Commission de vérification des pouvoirs¹ et accepté les pouvoirs présentés par les 188 États Membres suivants, les jugeant conformes au Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé : Afrique du Sud ; Albanie ; Algérie ; Allemagne ; Andorre ; Angola ; Antigua-et-Barbuda ; Arabie saoudite ; Arménie ; Australie ; Autriche ; Azerbaïdjan ; Bahamas ; Bahreïn ; Bangladesh ; Barbade ; Bélarus ; Belgique ; Belize ; Bénin ; Bhoutan ; Bolivie (État plurinational de) ; Bosnie-Herzégovine ; Botswana ; Brésil ; Brunéi Darussalam ; Bulgarie ; Burkina Faso ; Burundi ; Cabo Verde ; Cambodge ; Cameroun ; Canada ; Chili ; Chine ; Chypre ; Colombie ; Comores ; Congo ; Costa Rica ; Côte d'Ivoire ; Croatie ; Cuba ; Danemark ; Djibouti ; Dominique ; Égypte ; El Salvador ; Émirats arabes unis ; Équateur ; Érythrée ; Espagne ; Estonie ; Eswatini ; Éthiopie ; Fédération de Russie ; Fidji ; Finlande ; France ; Gabon ; Gambie ; Géorgie ; Ghana ; Grèce ; Grenade ; Guatemala ; Guinée ; Guinée-Bissau ; Guinée équatoriale ; Guyana ; Haïti ; Honduras ; Hongrie ; Îles Cook ; Îles Marshall ; Îles Salomon ; Inde ; Indonésie ; Iran (République islamique d') ; Iraq ; Irlande ; Islande ; Israël ; Italie ; Jamaïque ; Japon ; Jordanie ; Kazakhstan ; Kenya ; Kirghizistan ; Kiribati ; Koweït ; Lesotho ; Lettonie ; Liban ; Libéria ; Libye ; Lituanie ; Luxembourg ; Macédoine du Nord ; Madagascar ; Malaisie ; Malawi ; Maldives ; Mali ; Malte ; Maroc ; Maurice ; Mauritanie ; Mexique ; Micronésie (États fédérés de) ; Monaco ; Mongolie ; Monténégro ; Mozambique ; Namibie ; Nauru ; Népal ; Nicaragua ; Niger ; Nigéria ; Norvège ; Nouvelle-Zélande ; Oman ; Ouganda ; Ouzbékistan ; Pakistan ; Palaos ; Panama ; Papouasie-Nouvelle-Guinée ; Paraguay ; Pays-Bas (Royaume des) ; Pérou ; Philippines ; Pologne ; Portugal ; Qatar ; République arabe syrienne ; République centrafricaine ; République de Corée ; République démocratique du Congo ; République démocratique populaire lao ; République de Moldova ; République dominicaine ; République populaire démocratique de Corée ; République-Unie de Tanzanie ; Roumanie ; Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord ; Rwanda ; Sainte-Lucie ;

¹ Document A78/43.

Saint-Kitts-et-Nevis ; Saint-Marin ; Saint-Vincent-et-les Grenadines ; Samoa ; Sao Tomé-et-Principe ; Sénégal ; Serbie ; Seychelles ; Sierra Leone ; Singapour ; Slovaquie ; Slovénie ; Somalie ; Soudan ; Soudan du Sud ; Sri Lanka ; Suède ; Suisse ; Tadjikistan ; Tchad ; Tchéquie ; Thaïlande ; Timor-Leste ; Togo ; Tonga ; Trinité-et-Tobago ; Tunisie ; Türkiye; Turkménistan ; Tuvalu ; Ukraine ; Uruguay ; Vanuatu ; Venezuela (République bolivarienne du) ; Viet Nam ; Yémen ; Zambie ; Zimbabwe.

(Cinquième séance plénière, 21 mai 2025)

WHA78(7) Élection de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, après avoir examiné les recommandations du Bureau de l'Assemblée, a élu les déléguées et délégués des États suivants comme Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif : Arabie saoudite, Cabo Verde, Égypte, El Salvador, Espagne, Haïti, Îles Salomon, Japon, Népal, Panama, République centrafricaine, Serbie.

(Sixième séance plénière, 23 mai 2025)

WHA78(8) Processus à suivre pour traiter les éventuelles allégations à l'encontre d'un Directeur général ou d'une Directrice générale de l'OMS, et pour enquêter à leur sujet²

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport des présidences du Comité du programme, du budget et de l'administration et du Conseil exécutif,³ et ayant pris note du rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,⁴

A décidé :

- 1) d'adopter le processus à suivre pour traiter les éventuelles allégations à l'encontre d'un Directeur général ou d'une Directrice générale de l'OMS, et pour enquêter à leur sujet, proposé à l'appendice A du document A78/5,⁵ tel qu'amendé par la recommandation formulée par le Comité du programme, du budget et de l'administration dans son rapport à la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé ;⁴
- 2) de prier le Secrétariat de mettre en place des mesures pour donner effet à ce processus et faciliter sa mise en œuvre, y compris :
 - a) de conclure des mémorandums d'accord avec les bureaux des services de contrôle interne des organismes des Nations Unies, comme les fonctions d'enquête interne d'autres institutions spécialisées ou le Bureau des services de contrôle interne de l'Organisation des Nations Unies, afin qu'ils servent d'entités d'enquête externes indépendantes ;

² Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives que cette décision aura pour le Secrétariat.

³ Document A78/5.

⁴ Document A78/39.

⁵ Voir l'annexe 3.

- b) d'élaborer des outils, des procédures et des processus internes, selon que de besoin, conformément au chapitre D de l'appendice A du document A78/5, et des dispositions spécifiques sur le processus à suivre pour traiter les éventuelles allégations à l'encontre d'un Directeur général ou d'une Directrice générale de l'OMS, et pour enquêter à leur sujet ;
 - c) de rendre compte des progrès accomplis au Conseil exécutif à sa cent cinquante-huitième session par l'intermédiaire du Comité du programme, du budget et de l'administration à sa quarante-troisième réunion ;
- 3) de prier le Conseil exécutif de faire référence au processus, le cas échéant, dans les futurs contrats des Directeurs généraux ou Directrices générales de l'OMS, qui seront ensuite approuvés par l'Assemblée de la Santé conformément aux articles 109 et 112 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission A, deuxième rapport)

WHA78(9) Notification du Règlement sanitaire international (2005) à la Palestine⁶

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport du Directeur général ;⁷ rappelant la résolution WHA77.15 (2024), intitulée « Aligner la participation de la Palestine à l'Organisation mondiale de la Santé sur sa participation à l'Organisation des Nations Unies » ; réaffirmant l'importance, pour la sécurité sanitaire mondiale, de l'adhésion universelle au Règlement sanitaire international (2005) et, à cet égard, rappelant le paragraphe 3 de l'article 3 du Règlement sanitaire international (2005) qui dispose que « la mise en œuvre du présent Règlement est guidée par le souci de son application universelle en vue de protéger l'ensemble de la population mondiale de la propagation internationale des maladies » ; notant que l'article 64 du Règlement sanitaire international (2005) porte expressément sur les États non Membres de l'OMS et prévoit que ceux-ci peuvent devenir Parties au Règlement sanitaire international (2005) conformément à l'article 64 ; et notant en outre que le statut d'État Partie prévu à l'article 64 est sans préjudice de la participation d'un tel État en tant qu'État observateur et ne confère pas le statut d'État Membre de l'OMS,

A décidé de prier le Directeur général :

- 1) de notifier l'adoption du Règlement sanitaire international (2005), tel qu'amendé par les résolutions WHA67.13 (2014), WHA75.12 (2022) et WHA77.17 (2024), à l'État de Palestine en sa qualité d'observateur, en vertu du paragraphe 1 de l'article 64 du Règlement sanitaire international (2005) ;
- 2) de prendre toutes les autres mesures éventuellement requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005) à la suite de la notification susmentionnée.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission A, troisième rapport)

⁶ Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives que cette décision aura pour le Secrétariat.

⁷ Document A78/11.

WHA78(10) Situation d'urgence sanitaire en Ukraine et dans les pays qui reçoivent des réfugiés et dans ceux qui en accueillent, découlant de l'agression par la Fédération de Russie⁸

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport du Directeur général demandé dans la décision WHA76(8) (2023) sur l'application de la résolution WHA75.11 (2022) ;⁹ rappelant en outre la décision figurant dans la résolution WHA75.11 selon laquelle la poursuite de l'action par la Fédération de Russie au détriment de la situation sanitaire en Ukraine, au niveau régional et mondial, exigerait de l'Assemblée de la Santé qu'elle envisage l'application des articles pertinents de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé ; reconnaissant les difficultés sans précédent résultant de l'agression persistante de l'Ukraine par la Fédération de Russie, qui constitue une grave menace pour la sécurité sanitaire dans le monde ; reconnaissant en outre l'action essentielle menée par l'OMS, ses partenaires d'exécution et d'autres organisations humanitaires pour faire face aux répercussions sanitaires et humanitaires en Ukraine et dans l'ensemble de la région de l'agression commise par la Fédération de Russie ; reconnaissant aussi les efforts en cours pour relancer le système de santé ukrainien, y compris les efforts soutenus par l'OMS, d'autres organismes des Nations Unies, les institutions financières internationales et les secteurs national et privé ; sachant qu'un redressement complet et durable du secteur des soins de santé en Ukraine nécessitera un soutien international pour poursuivre le relèvement, la réforme et le renforcement à long terme du système de soins de santé, y compris des investissements dans la reconstruction des infrastructures médicales, l'approvisionnement en médicaments et en équipements essentiels, et l'amélioration des services de santé mentale et de soutien psychosocial pour la population touchée,

A décidé :

- 1) de condamner avec la plus grande fermeté l'agression persistante de l'Ukraine par la Fédération de Russie, y compris les attaques contre les établissements de soins de santé répertoriées par le système OMS de surveillance des attaques visant les services de santé, de même que les attaques généralisées contre des civils, y compris des enfants, et des infrastructures civiles essentielles qui ont entraîné de lourdes pertes et entravé l'accès aux services de soins de santé ;
- 2) de faire part de sa vive inquiétude face à l'urgence sanitaire persistante qui touche l'Ukraine et les pays qui reçoivent des réfugiés et ceux qui en accueillent, y compris l'incidence négative sur la santé mentale et le bien-être psychosocial de la population ukrainienne, situation déclenchée par l'agression de l'Ukraine par la Fédération de Russie, ainsi que face aux répercussions sanitaires et humanitaires qui dépassent le cadre régional, entre autres le nombre important de réfugiés fuyant l'Ukraine ; les risques d'événements et de dangers radiologiques, biologiques et chimiques ; et l'aggravation d'une crise mondiale de la sécurité alimentaire déjà profonde ;
- 3) d'appeler l'attention sur le fait que l'agression commise par la Fédération de Russie contre l'Ukraine constitue toujours une situation exceptionnelle, entravant gravement la santé de la population ukrainienne et ayant des répercussions sur la santé dans la région et au-delà ;
- 4) d'attirer l'attention sur les répercussions graves et multidimensionnelles de l'agression de la Fédération de Russie contre l'Ukraine sur les personnes se trouvant en situation de

⁸ Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives que cette décision aura pour le Secrétariat.

⁹ Document A78/14.

vulnérabilité ou d'exclusion, en particulier les femmes, les enfants, les jeunes, les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays, les personnes handicapées, les personnes âgées, et les personnes ayant survécu à toutes formes de violence, y compris la violence fondée sur le genre, les anciens combattants, les prisonniers de guerre et les détenus civils ;

5) d'appeler au respect et à la protection des personnes malades et blessées conformément aux Conventions de Genève de 1949 et au droit international humanitaire en général, y compris le rapatriement immédiat et inconditionnel de tous les prisonniers de guerre gravement blessés et gravement malades, ainsi que la libération et le rapatriement des détenus civils blessés et malades ;

6) de demander instamment à la Fédération de Russie de cesser immédiatement toute attaque contre les infrastructures essentielles en Ukraine, y compris les hôpitaux et autres établissements de santé, qui a pour conséquence de réduire l'accès à des services essentiels tels que les soins de santé, l'eau, l'assainissement et l'énergie, ce qui a des effets dévastateurs sur la population civile, et de respecter et de protéger sans restriction tout le personnel médical et tous les agents et agentes humanitaires dont l'activité est d'ordre médical, leurs moyens de transport et leur équipement, les malades et les blessés, les civils, les agents et agentes de santé et les travailleurs et travailleuses humanitaires, ainsi que les systèmes de soins de santé ;

7) d'inviter instamment les États Membres concernés à respecter le droit international humanitaire et le droit international des droits humains, le cas échéant, ainsi que les normes et critères de l'Organisation mondiale de la Santé et à permettre et à faciliter l'accès du personnel déployé par l'OMS sur le terrain et de tout autre personnel médical et humanitaire, en toute sécurité, rapidement et sans entrave, aux populations ayant besoin d'assistance ;

8) de reconnaître combien il est urgent de reconstruire le système de soins de santé ukrainien ainsi que d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies à long terme à cet égard, y compris pour les programmes de santé mentale et de soutien psychosocial, les services de réadaptation pour les victimes de guerre, les mesures renforcées de prévention et de maîtrise des maladies, et les mesures pour combattre la résistance aux antimicrobiens, et d'appeler les États Membres, les organisations internationales, les donateurs et les partenaires à soutenir les initiatives visant à reconstruire les infrastructures de soins de santé, à assurer la formation et le maintien en place du personnel médical et à améliorer les services de soins de santé, en particulier dans les régions touchées par la guerre ;

9) de prier le Directeur général :

a) de continuer à mettre en œuvre la résolution WHA75.11 intitulée « Situation d'urgence sanitaire en Ukraine et dans les pays qui reçoivent des réfugiés et dans ceux qui en accueillent, découlant de l'agression par la Fédération de Russie » ;

b) de continuer à œuvrer avec le Gouvernement ukrainien, les organisations internationales et les partenaires pour faciliter et coordonner les efforts de redressement et de renforcement du système de santé ukrainien, y compris les efforts de reconstruction des installations médicales et de formation du personnel de santé ;

c) de faire rapport à la Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, en 2026, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent cinquante-huitième session, sur l'application de la résolution WHA75.11, y compris une évaluation des répercussions

directes et indirectes de l'agression de la Fédération de Russie contre l'Ukraine sur la santé de la population ukrainienne, ainsi que des répercussions connexes sur la santé dans la région et au-delà, et notamment sur l'incidence négative qu'elle a sur la capacité de l'OMS à atteindre ses objectifs et à assumer ses fonctions.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission A, troisième rapport)

WHA78(11) Un rapport consacré à la santé mentale à l'intention des organes directeurs de l'OMS¹⁰

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général ;¹¹ ayant constaté les préoccupations croissantes des États Membres concernant la santé mentale, et l'attention accrue portée à celle-ci en tant que priorité de santé publique, comme en témoignent la décision WHA74(14) (2021) intitulée « Préparation et action en matière de santé mentale dans le cadre de la pandémie de COVID-19 », et la résolution WHA77.3 (2024) intitulée « Renforcer le soutien psychosocial et en santé mentale avant, pendant et après les conflits armés, les catastrophes naturelles et d'origine humaine ainsi que les urgences sanitaires et autres » ; prenant acte du souhait exprimé par de nombreux États Membres de disposer d'un espace approprié pour planifier, examiner et passer en revue les travaux du Secrétariat et des États Membres dans le domaine de la santé mentale ; prenant acte également de l'élargissement du cadre de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles, y compris la santé mentale, qui intègre des stratégies de prévention, de détection précoce, de traitement et de lutte adaptées à ces domaines prioritaires, favorisant ainsi une riposte plus globale et durable aux maladies non transmissibles à l'échelle mondiale ;¹²

A décidé de prier le Directeur général de présenter à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, des rapports annuels sur la mise en œuvre des résolutions et de la décision précédentes sur la santé mentale,¹³ séparément des rapports de synthèse sur les maladies non transmissibles requis en vertu de la décision WHA72(11) (2019).

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission A, quatrième rapport)

WHA78(12) Produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général,¹¹ en particulier les dispositions relatives à l'évaluation indépendante du dispositif des États Membres concernant les produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés,

¹⁰ Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives que cette décision aura pour le Secrétariat.

¹¹ Document A78/4.

¹² Document A75/10 Add.8 ; voir également le document WHA75/2022/REC/3, procès-verbaux de la Commission A, première séance (section 3), cinquième séance (section 2) et sixième séance (en anglais seulement).

¹³ Résolutions WHA66.8 (2013) et WHA77.3 (2024) et décision WHA74(14) (2021).

A décidé de prier le Directeur général de soumettre le rapport de la quatorzième réunion du dispositif des États Membres à la Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en 2026, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent cinquante-huitième session.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission A, sixième rapport)

WHA78(13) Rapport intérimaire du Groupe consultatif d'experts sur l'utilité et l'efficacité du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général¹⁴ et le rapport intérimaire du Groupe consultatif d'experts sur l'utilité et l'efficacité du Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé,¹⁵

A décidé de prier le Directeur général de faciliter la tenue de consultations régionales avec les États Membres, afin que le rapport intérimaire du Groupe consultatif d'experts sur l'utilité et l'efficacité du Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé puisse être examiné avant d'être finalisé puis soumis à la Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en 2026, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent cinquante-huitième session.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission A, sixième rapport)

WHA78(14) Projet de stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2025-2034¹⁶

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général,¹⁴

A décidé :

- 1) d'adopter la Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2025-2034 ;¹⁷
- 2) de prier le Directeur général de rendre compte des progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2025-2034 à la Quatre-Vingt-Troisième Assemblée mondiale de la Santé en 2030 et à la Quatre-Vingt-Septième Assemblée mondiale de la Santé en 2034.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission A, sixième rapport)

¹⁴ Document A78/4.

¹⁵ Documents EB156/14 (annexe) et A78/4 (appendice).

¹⁶ Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives que cette décision aura pour le Secrétariat.

¹⁷ Voir [Global traditional medicine strategy 2025–2034](#). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2025 (consulté le 14 janvier 2026).

WHA78(15) Résistance aux antimicrobiens¹⁸

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport du Directeur général,¹⁹

A décidé de prier le Directeur général d'actualiser le plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens, en consultation avec les États Membres et les parties prenantes concernées et en collaboration avec l'Alliance quadripartite, et de le soumettre à la Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en 2026, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent cinquante-huitième session.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission A, septième rapport)

WHA78(16) Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé¹⁸

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport du Directeur général demandé dans la décision WHA77(18) (2024),²⁰

A décidé de prier le Directeur général :

- 1) de rendre compte à la Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en 2026 des progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations figurant dans le rapport du Directeur général sur la situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé,²⁰ en s'appuyant sur un suivi et une évaluation de terrain menés par l'OMS et en gardant à l'esprit l'obligation juridique qui incombe à la Puissance occupante ;
- 2) de rendre compte, en s'appuyant sur un suivi et une évaluation de terrain menés par les équipes de l'OMS chargées des situations d'urgence, des répercussions sur la santé publique de la crise humanitaire catastrophique qui sévit dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, notamment en ce qui concerne les actes de violence visant les personnes blessées et malades, le personnel médical et les agents et agentes humanitaires qui se consacrent exclusivement à des tâches médicales, leurs moyens de transport et leur matériel, et de présenter des recommandations à cet égard à la Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en 2026, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent cinquante-huitième session, et à la huitième réunion de la Commission permanente de prévention, de préparation et de riposte en cas d'urgence sanitaire, en gardant à l'esprit les obligations juridiques qui incombent à la Puissance occupante ;
- 3) de rendre compte de la malnutrition résultant d'une malabsorption des nutriments, caractérisée par des infections récurrentes et une inflammation chronique, ce qui indique un déficit immunitaire sous-jacent, en rappelant que dans l'enclave occupée de la bande de Gaza, la malnutrition résulte de l'utilisation de la famine des civils et de ses conséquences directes, et en invitant instamment la Puissance occupante à protéger l'infrastructure civile qui est essentielle à l'acheminement de l'aide humanitaire et à assurer le bon fonctionnement des

¹⁸ Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives que cette décision aura pour le Secrétariat.

¹⁹ Document A78/8.

²⁰ Document A78/16.

systèmes alimentaires et des marchés pendant les opérations militaires en cours menées par la Puissance occupante ;

4) de rendre compte du lien entre l'insécurité alimentaire et la menace de famine, et d'inviter instamment la Puissance occupante à s'acquitter des obligations qui lui incombent en vertu du droit international humanitaire pour ce qui est du respect et de la protection des civils et à prendre toutes les précautions possibles pour épargner les biens de caractère civil, y compris les biens nécessaires à la production et à la distribution de denrées alimentaires tels que les exploitations agricoles, les marchés, les systèmes d'approvisionnement en eau, les moulins, les sites de transformation et de stockage des aliments, les centres et les moyens de transport des denrées alimentaires, et à s'abstenir d'attaquer, de détruire, d'enlever ou de mettre hors d'usage les biens indispensables à la survie de la population civile, tels que les denrées alimentaires, les récoltes, le bétail, les installations et réserves d'eau potable, et les ouvrages d'irrigation, et à respecter et protéger le personnel humanitaire et les articles destinés aux opérations de secours humanitaire ;

5) de rendre compte de la corrélation qui existe entre la santé et d'autres secteurs, comme ceux de l'eau, de l'assainissement et de la nutrition, de la très forte surpopulation dans les abris où se trouvent des personnes déplacées de force à l'intérieur de l'enclave, à laquelle s'ajoute la perturbation des services de santé, et de la nécessité qu'il y a à envisager l'aide humanitaire selon une démarche globale dans l'enclave occupée de la bande de Gaza, en soulignant que les difficultés qui persistent dans la bande de Gaza, y compris les restrictions à la circulation des marchandises, peuvent avoir une incidence sur la disponibilité des denrées alimentaires et contribuer à la malnutrition, tandis que la disponibilité limitée d'eau potable accroît le risque de flambées et d'épidémies, et en soulignant en outre que l'accès à l'eau potable et à des installations d'assainissement est crucial pour le maintien de la santé publique ;

6) d'appuyer le secteur de la santé palestinien, selon une approche visant à renforcer le système de santé, notamment grâce à des programmes de renforcement des capacités, en améliorant les infrastructures de base, les ressources humaines et techniques et les établissements de santé, en veillant à ce que les services de santé nécessaires soient accessibles, abordables et de qualité pour traiter les problèmes structurels découlant de l'occupation prolongée, de la destruction injustifiée du système de santé palestinien et du déplacement forcé des civils, et en élaborant des plans stratégiques d'investissement dans des capacités locales spécifiques de traitement et de diagnostic ;

7) de rendre compte de la destruction injustifiée d'infrastructures de santé, y compris des hôpitaux et des ambulances, et de la situation humanitaire catastrophique dans laquelle a été plongé le système de santé publique dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est ;

8) de demander à la Puissance occupante de s'acquitter des obligations qui lui incombent en vertu du droit international, y compris du droit international humanitaire, afin d'assurer, dans toute la mesure de ses moyens, la fourniture de médicaments et de matériel médical à la population civile et leur réapprovisionnement, et de demander le passage en toute sécurité et de manière ininterrompue du carburant et des fournitures sanitaires, ainsi que d'une aide humanitaire supplémentaire ;

9) d'évaluer, en coopération étroite avec l'UNRWA et l'UNICEF ainsi que les institutions compétentes des Nations Unies dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, la portée et la nature de la morbidité psychiatrique et des autres formes de problèmes de santé mentale, de même que les besoins et les difficultés liés au soutien psychosocial découlant

des bombardements aériens et des autres formes de bombardement prolongés parmi la population du territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et en particulier chez les enfants et les adolescents ;

10) de continuer à renforcer les partenariats avec d'autres organismes des Nations Unies, comme l'UNRWA, et les partenaires dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, pour améliorer les capacités d'action humanitaire dans le domaine de la santé en apportant une aide d'urgence et une protection de manière inclusive et ininterrompue avant, pendant et après les opérations militaires par voies aérienne, maritime et terrestre menées par la Puissance occupante et les urgences humanitaires complexes ;

11) de garantir l'accès en temps voulu à des soins de traumatologie spécialisés, car il s'agit d'un élément essentiel de l'issue sanitaire pour les patients et patientes après un traumatisme grave et critique nécessitant les compétences des équipes de traumatologie afin de prévenir des amputations évitables, un handicap permanent et le décès ;

12) de continuer à renforcer les partenariats avec d'autres organismes des Nations Unies comme l'UNRWA, l'UNICEF et les partenaires dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, pour améliorer les capacités d'action sanitaire, en procédant à une cartographie et à un examen approfondis et complets de la capacité du système de santé à répondre de manière adéquate et appropriée aux urgences sanitaires, notamment la préparation et la riposte ;

13) d'assurer un accès durable aux produits sanitaires, en particulier pour les femmes et les filles, à l'échelle voulue pour répondre à leurs besoins en matière de santé, de dignité, d'intimité et d'hygiène dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, tout en rappelant l'accès très limité aux produits d'hygiène menstruelle dans l'enclave occupée de la bande de Gaza, qui est encore plus difficile pour les femmes et les filles handicapées qui sont déjà confrontées à des problèmes majeurs en matière d'accès ;

14) de garantir l'acquisition durable de vaccins, de médicaments et de matériel médical préqualifiés par l'OMS et d'assurer un accès sans entrave aux produits sanitaires pour le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, conformément au droit international humanitaire et aux normes et critères de l'OMS ;

15) de garantir l'accès équitable, à un prix abordable et sans discrimination à des mesures médicales de lutte telles que les vaccins, les traitements et les produits de diagnostic pour la population occupée protégée vivant dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé, conformément au droit international et aux normes et critères de l'OMS ;

16) de garantir un passage sans interruption, ordonné, libre, en toute sécurité et sans entrave du personnel médical et des agents et agentes humanitaires qui se consacrent exclusivement à des tâches médicales, de leur matériel, de leurs moyens de transport et de leurs fournitures, notamment les articles chirurgicaux, à l'ensemble des patientes et patients palestiniens dans le besoin, conformément au droit international humanitaire, et de demander un droit de passage pour les ambulances, les évacuations sanitaires des personnes blessées et malades dans un état critique, et le personnel médical vers les établissements de santé palestiniens dans Jérusalem-Est occupée et vers l'étranger ;

17) de déterminer les conséquences des obstacles à l'accès aux soins de santé dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, résultant de l'occupation de longue date et de la guerre en cours, des restrictions à la circulation des biens et des personnes et

de la fragmentation territoriale, ainsi que les progrès réalisés dans la mise en œuvre des recommandations figurant dans les rapports de l'OMS sur la situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est ;

18) de garantir le respect et la protection des populations blessées, du personnel soignant et d'aide humanitaire, des systèmes de soins, de l'ensemble du personnel médical et humanitaire qui se consacre exclusivement à des tâches médicales, de leurs moyens de transport et de leur matériel, ainsi que des hôpitaux et des autres établissements médicaux, conformément aux Conventions de Genève et à leurs protocoles additionnels ;

19) de renforcer et de continuer à fournir l'assistance technique et matérielle nécessaire en matière de santé pour répondre aux besoins sanitaires de la population palestinienne, y compris les personnes prisonnières et détenues, en coopération avec le Comité international de la Croix-Rouge, ainsi qu'aux besoins sanitaires des personnes handicapées et blessées, et au traitement avec humanité de toutes les personnes privées de liberté ou subissant toute autre forme de privation de liberté comme les disparitions forcées et leur accès à des soins médicaux conformément au droit international humanitaire, notamment les Conventions de Genève et leurs protocoles additionnels ;

20) de continuer à renforcer le partenariat avec les autres entités et partenaires des Nations Unies dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé pour améliorer les capacités d'action humanitaire dans le domaine de la santé en apportant une aide et une protection de manière inclusive et durable avant, pendant et après toute crise provoquée par une pandémie ;

21) de rendre compte de la situation sanitaire de la population syrienne dans le Golan syrien occupé, y compris les personnes prisonnières et détenues, en s'appuyant sur des évaluations de terrain menées par l'OMS, d'assurer l'accès adéquat de ces personnes à la santé mentale, physique et environnementale, et de faire rapport sur les moyens de leur apporter une assistance technique sanitaire ;

22) de soutenir le relèvement du secteur de la santé et le développement du système de santé dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, en mettant l'accent sur le développement des ressources humaines, afin de rendre disponibles localement les services de santé, de limiter les orientations, de réduire les coûts, de renforcer la prestation de services de santé mentale et de maintenir des soins de santé primaires solides dans le cadre de services de santé appropriés complets et intégrés ;

23) d'organiser d'urgence une conférence des donateurs, avant la Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en 2026, dans le but de financer les besoins immédiats en matière de santé ainsi que le relèvement et la reconstruction du système de santé dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et de demander aux États Membres, aux donateurs et aux acteurs internationaux de l'aide humanitaire et du développement de fournir une aide humanitaire à la population palestinienne ;

24) de demander à la communauté internationale de mobiliser un financement suffisant pour répondre aux besoins immédiats et futurs des programmes de santé de l'OMS dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et pour reconstruire le système de santé palestinien, en étroite coopération avec l'OMS et les institutions compétentes des Nations Unies, comme l'UNRWA et ses partenaires ;

25) de veiller à l'allocation des ressources humaines et financières nécessaires pour atteindre ces objectifs sans plus tarder ;

- 26) de demander la libération immédiate et sans conditions de tous les otages détenus dans la bande de Gaza, y compris les enfants, les femmes et les personnes âgées, et la libération inconditionnelle de toutes les personnes palestiniennes détenues arbitrairement en Israël et des victimes de disparition forcée, ainsi qu'un accès humanitaire immédiat aux otages et aux détenus, conformément au droit international ;
- 27) de condamner les attaques sans discrimination perpétrées par la Puissance occupante en violation du droit international contre des structures médicales et humanitaires utilisées exclusivement à des fins humanitaires, ainsi que contre du personnel médical ;
- 28) de rappeler les mesures conservatoires ordonnées par la Cour internationale de Justice, dans lesquelles la Cour a ordonné à Israël de prendre toutes les mesures nécessaires et effectives pour veiller sans délai, en étroite coopération avec les Nations Unies, à ce que soit assurée, sans restriction et à grande échelle, la fourniture par toutes les parties intéressées des services de base et de l'aide humanitaire requis de toute urgence, notamment la nourriture, l'eau, l'électricité, le combustible, les abris, les vêtements, les produits et installations d'hygiène et d'assainissement, ainsi que le matériel et les soins médicaux, aux Palestiniens et Palestiniennes de l'ensemble de la bande de Gaza, en particulier en accroissant la capacité et le nombre des points de passage terrestres et en maintenant ceux-ci ouverts aussi longtemps que nécessaire ;
- 29) de rappeler en outre les mesures conservatoires ordonnées par la Cour internationale de Justice, dans lesquelles celle-ci a rappelé que l'opération militaire conduite par Israël après le 7 octobre 2023 a notamment fait des dizaines de milliers de morts et de blessés et causé la destruction d'habitations, d'établissements scolaires, d'établissements médicaux et d'autres infrastructures vitales, ainsi que des déplacements massifs de populations.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission B, premier rapport)

WHA78(17) Rapports programmatique et financier de l'OMS pour 2024-2025, y compris les états financiers pour 2024

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport sur les résultats 2024 (Budget programme 2024-2025 : évaluation de l'exécution)²¹ et les états financiers vérifiés pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2024,²² et ayant pris note du rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,²³

A décidé d'accepter le rapport sur les résultats 2024 (Budget programme 2024-2025 : évaluation de l'exécution) et les états financiers vérifiés pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2024.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission B, deuxième rapport)

²¹ Document A78/17.

²² Document A78/18.

²³ Document A78/36.

WHA78(18) Suspension partielle et temporaire de l'application de l'article VIII (8.2) du Règlement financier

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné les rapports sur le financement et l'exécution du budget programme 2024-2025,²⁴ et ayant pris note du rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,²⁵

A décidé de suspendre partiellement et temporairement l'application de l'article VIII (8.2) du Règlement financier, dans la mesure nécessaire pour permettre l'utilisation des soldes des fonds relatifs aux dépenses d'appui aux programmes pour rembourser des dépenses autres que les coûts indirects, à concurrence d'un montant maximal de 410 millions de dollars des États-Unis (USD), afin de couvrir les frais d'indemnisation et les traitements nécessaires pour assurer la viabilité financière de l'Organisation, cette suspension restant en vigueur jusqu'à la fin du deuxième trimestre 2026.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA78(19) Rapport du Commissaire aux comptes

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport du Commissaire aux comptes à l'Assemblée de la Santé,²⁶ et ayant pris note du rapport du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif à la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,²⁷

A décidé d'accepter le rapport du Commissaire aux comptes à l'Assemblée de la Santé.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA78(20) Nomination de représentants et représentantes au Comité des pensions du personnel de l'OMS

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport du Directeur général,²⁸

A décidé :

- 1) de renouveler le mandat de M. Gerald Anderson, délégué des États-Unis d'Amérique, en qualité de membre du Comité des pensions du personnel de l'OMS pour un mandat partiel courant jusqu'au 31 décembre 2025 ;
- 2) de nommer M. Erik Blas, délégué du Danemark, en qualité de membre suppléant du Comité des pensions du personnel de l'OMS pour un mandat de trois ans, jusqu'à la clôture de la Quatre-Vingt-Unième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2028 ;

²⁴ Documents A78/17, A78/18, A78/INF./3, A78/19, A78/20 et A78/INF./4.

²⁵ Document A78/36.

²⁶ Document A78/25.

²⁷ Document A78/40.

²⁸ Document A78/30.

- 3) de nommer la D^{re} Djamila Cavaleiro Príncipe, déléguée de l'Angola, en qualité de membre suppléante du Comité des pensions du personnel de l'OMS pour un mandat de trois ans, jusqu'à la clôture de la Quatre-Vingt-Unième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2028 ;
- 4) de nommer M. Tshering Nidup, délégué du Bhoutan, en qualité de membre du Comité des pensions du personnel de l'OMS pour le reste de son mandat, jusqu'à la clôture de la Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2026.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA78(21) Prolongation des orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025 jusqu'en 2030²⁹

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général,³⁰

A décidé :

- 1) de prolonger les orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025 jusqu'en 2030 ;
- 2) de prier le Directeur général de rendre compte à l'Assemblée mondiale de la Santé des progrès réalisés dans la mise en œuvre de cette décision, dans le cadre du rapport sur la mise en œuvre de la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission B, troisième rapport)

WHA78(22) Prolongation de la Stratégie mondiale pour la santé numérique 2020-2025 jusqu'en 2027²⁹

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général,³⁰

A décidé de prier le Directeur général :

- 1) de prolonger la Stratégie mondiale pour la santé numérique 2020-2025 jusqu'en 2027 ;
- 2) d'élaborer, en s'appuyant sur la Stratégie mondiale pour la santé numérique 2020-2025 et en consultation avec les États Membres et les parties prenantes, un projet de nouvelle stratégie mondiale pour la santé numérique pour la période 2028-2033, pour examen à la Quatre-Vingtième Assemblée mondiale de la Santé en 2027, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent soixantième session.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission B, troisième rapport)

²⁹ Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives que cette décision aura pour le Secrétariat.

³⁰ Document A78/4.

WHA78(23) Prolongation du Plan mondial d'action de santé publique contre la démence 2017-2025 jusqu'en 2031³¹

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général,³²

A décidé de prier le Directeur général :

- 1) de prolonger le Plan mondial d'action de santé publique contre la démence 2017-2025 jusqu'en 2031, conformément au Plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031 ;
- 2) de présenter à la Quatre-Vingtième Assemblée mondiale de la Santé en 2027 et à la Quatre-Vingt-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé en 2029 un rapport sur les progrès accomplis dans l'application de la présente décision, dans le cadre des rapports sur le Plan d'action global de l'OMS pour la santé mentale 2013-2030.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission B, troisième rapport)

WHA78(24) Règlement sanitaire international (2005) : procédure pour la correction d'erreurs dans le texte de l'instrument³¹

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général,³²

A décidé :

- 1) d'adopter la procédure de correction visant à rectifier les erreurs relevées dans le texte du Règlement sanitaire international (2005), telle qu'elle est présentée dans le rapport du Directeur général y relatif,³³
- 2) de prier le Directeur général de lancer la procédure de correction adoptée en vertu de la présente décision dès que possible après la clôture de la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en ce qui concerne les corrections exposées dans le document d'information pertinent.³⁴

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission B, troisième rapport)

WHA78(25) Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies et avec d'autres organisations intergouvernementales

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport du Directeur général,³⁵

³¹ Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives que cette décision aura pour le Secrétariat.

³² Document A78/4.

³³ Document EB156/40.

³⁴ Document A78/INF./5, annexes 1 à 5.

³⁵ Document A78/33 Add.1.

A décidé de prier le Conseil exécutif à sa cent cinquante-huitième session d'examiner les questions abordées dans le rapport du Directeur général et de présenter un rapport sur celles-ci, selon qu'il conviendra, à la Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en 2026.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission B, quatrième rapport)

WHA78(26) Feuille de route actualisée pour une action mondiale renforcée face aux effets néfastes de la pollution de l'air sur la santé³⁶

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général,³⁷

A décidé :

- 1) d'adopter la Feuille de route pour une action mondiale renforcée face aux effets néfastes de la pollution de l'air sur la santé ;³⁸
- 2) de prier le Directeur général de faire rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Feuille de route pour une action mondiale renforcée face aux effets néfastes de la pollution de l'air sur la santé à la Quatre-Vingt-Troisième Assemblée mondiale de la Santé en 2030.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission B, quatrième rapport)

WHA78(27) Plan d'action mondial sur les changements climatiques et la santé (2025-2028)³⁶

La Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport de synthèse du Directeur général,³⁷

A décidé :

- 1) d'adopter le Plan d'action mondial sur les changements climatiques et la santé (2025-2028) ;³⁹
- 2) de prier le Directeur général de présenter un rapport de situation sur la mise en œuvre du Plan d'action mondial sur les changements climatiques et la santé (2025-2028) à la Quatre-Vingtième Assemblée mondiale de la Santé en 2027 et à la Quatre-Vingt-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé en 2029.

(Septième séance plénière, 27 mai 2025 –
Commission B, cinquième rapport)

³⁶ Voir à l'annexe 5 les incidences financières et administratives que cette décision aura pour le Secrétariat.

³⁷ Document A78/4.

³⁸ Voir la [Feuille de route pour une action mondiale renforcée face aux effets néfastes de la pollution de l'air sur la santé](#) (consulté le 14 janvier 2026).

³⁹ Voir le [plan d'action mondial sur les changements climatiques et la santé](#) (consulté le 14 janvier 2026).

Annexes

Annexe 1

Accord de l’OMS sur les pandémies¹

20 mai 2025

¹ Voir la résolution WHA78.1 (2025).

Table des matières

Chapitre I.	Introduction	123
Article 1.	Expressions employées.....	123
Article 2.	Objectif	125
Article 3.	Principes et approches	125
Chapitre II.	Communauté internationale – ensemble en toute équité : parvenir à l’équité dans, pour et par la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies	125
Article 4.	Prévention et surveillance des pandémies.....	125
Article 5.	Principe « Une seule santé » à l’appui de la prévention, de la préparation et de la riposte face aux pandémies.....	128
Article 6.	Préparation, capacité d’intervention et résilience des systèmes de santé	128
Article 7.	Personnels de santé et d’aide à la personne.....	129
Article 8.	Renforcement des systèmes de réglementation.....	130
Article 9.	Recherche-développement	131
Article 10.	Production locale durable et géographiquement diversifiée.....	133
Article 11.	Transfert de technologies et coopération concernant le savoir-faire connexe pour la production de produits de santé liés aux pandémies	134
Article 12.	Système d’accès aux agents pathogènes et de partage des avantages	136
Article 13.	Chaîne d’approvisionnement et logistique	138
Article 14.	Approvisionnement et distribution	140
Article 15.	Démarches faisant intervenir l’ensemble des pouvoirs publics et de la société.....	141
Article 16.	Communication et sensibilisation du public.....	142
Article 17.	Coopération internationale et soutien à la mise en œuvre	142
Article 18.	Financement durable.....	143
Chapitre III.	Dispositions institutionnelles et dispositions finales	144
Article 19.	Conférence des Parties.....	144
Article 20.	Droit de vote	145
Article 21.	Rapports à la Conférence des Parties.....	146
Article 22.	Secrétariat	146
Article 23.	Règlement des différends.....	146
Article 24.	Relations avec d’autres accords internationaux	147
Article 25.	Réserves.....	147
Article 26.	Déclarations.....	147
Article 27.	Amendements	147
Article 28.	Annexes	148
Article 29.	Protocoles.....	148
Article 30.	Dénonciation	149
Article 31.	Signature.....	149
Article 32.	Ratification, acceptation, approbation, confirmation formelle ou adhésion	149
Article 33.	Entrée en vigueur	150
Article 34.	Dépositaire	150
Article 35.	Textes faisant foi.....	150

Les Parties au présent Accord de l'OMS sur les pandémies,

Considérant que c'est aux États qu'incombent au premier chef la santé et le bien-être de leurs populations, et que les États jouent un rôle fondamental dans le renforcement de la prévention, de la préparation et de la riposte face aux pandémies,

Constatant que, du fait des différences de niveau de développement entre les Parties, les moyens et les capacités varient en matière de prévention, de préparation et de riposte face aux pandémies, et conscientes que l'inégalité de développement entre pays en ce qui concerne la promotion de la santé et la lutte contre les maladies, en particulier les maladies transmissibles, est un péril pour tous qui nécessite un soutien passant par la coopération internationale, y compris le soutien de pays ayant des capacités et des ressources plus importantes, ainsi que des ressources financières, humaines, logistiques, technologiques, techniques et en matière de santé numérique, prévisibles, durables et suffisantes,

Considérant que l'Organisation mondiale de la Santé est l'autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international, y compris en matière de prévention, de préparation et de riposte face aux pandémies,

Rappelant la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, qui affirme que la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale,

Rappelant la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ; la Convention relative aux droits de l'enfant ; la Convention relative aux droits des personnes handicapées ; et la Convention sur l'interdiction de la mise au point, de la fabrication et du stockage des armes bactériologiques (biologiques) ou à toxines et sur leur destruction, dans la mesure où elles s'appliquent dans le contexte de la prévention, de la préparation et de la riposte face aux pandémies,

Considérant que la propagation internationale de maladies est un problème mondial aux graves conséquences pour les vies humaines, les moyens de subsistance, les sociétés et les économies qui appelle une collaboration, une coopération et une solidarité internationales et régionales les plus larges possible avec tous les peuples et tous les pays, en particulier les pays en développement, et notamment les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement, afin d'organiser une riposte internationale efficace, coordonnée, appropriée, généralisée et équitable, tout en réaffirmant le principe de la souveraineté des États en ce qui concerne les questions de santé publique,

Profondément préoccupées par les inégalités au niveau national et international qui ont empêché l'accès équitable et en temps opportun aux produits de santé pour faire face à la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) et *considérant* qu'il faut remédier aux graves insuffisances constatées à l'échelle nationale, régionale et mondiale en matière de prévention, de préparation, de riposte et de redressement des systèmes de santé face aux urgences de santé publique de portée internationale, y compris aux urgences dues à une pandémie,

Considérant qu'il est nécessaire d'agir résolument à la fois pour renforcer la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies et pour améliorer l'accès équitable aux produits de santé liés à la pandémie, et qu'il est important de s'abstenir de prendre des mesures qui nuisent à la prévention, à la préparation et à la riposte face aux pandémies, tout en respectant le droit des

États d'appliquer des mesures sanitaires conformes à leur droit national applicable et aux obligations que leur impose le droit international, et *rappelant* la décision SSA2(5) prise par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2021,

Considérant le rôle capital des démarches faisant intervenir l'ensemble des pouvoirs publics et de la société au niveau national et au niveau des communautés moyennant une large participation sociale, et considérant en outre la contribution que les peuples autochtones ainsi que les communautés locales peuvent apporter du fait de la diversité de leurs cultures et de leurs savoirs traditionnels, y compris la médecine traditionnelle, au renforcement de la prévention, de la préparation, de la riposte et du relèvement des systèmes de santé face aux pandémies,

Considérant qu'il est important de garantir un engagement politique, l'affectation de ressources et une action par des collaborations multisectorielles aux fins de la prévention, de la préparation, de la riposte et du relèvement des systèmes de santé face aux pandémies,

Réaffirmant l'importance d'une collaboration multisectorielle au niveau national, régional et international pour préserver la santé humaine,

Mesurant l'importance d'un accès rapide et sans entrave aux secours humanitaires conformément au droit national et international, selon qu'il convient, en particulier le droit international humanitaire applicable et le droit international des droits humains,

Réaffirmant la nécessité d'œuvrer à l'édification et au renforcement de systèmes de santé résilients, dotés d'un personnel de santé et d'aide à la personne qualifié, formé, protégé et suffisamment nombreux pour faire face aux pandémies et pour progresser dans l'instauration de la couverture sanitaire universelle, en particulier en suivant une approche fondée sur les soins de santé primaires ; et la nécessité d'adopter une démarche équitable visant à atténuer le risque de voir les pandémies creuser les inégalités existantes dans l'accès aux services de santé et aux produits de santé,

Considérant qu'il est important d'instaurer la confiance et de veiller à l'échange d'informations en temps opportun pour éviter la mésinformation, la désinformation et la stigmatisation,

Reconnaissant que la protection de la propriété intellectuelle est importante pour la mise au point de nouveaux médicaments et *conscientes* des préoccupations que son effet sur les prix peut susciter, et *rappelant* que l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (Accord sur les ADPIC) n'empêche pas et ne devrait pas empêcher les États Membres de prendre des mesures pour protéger la santé publique, et ménageant des flexibilités pour la protéger, comme l'a reconnu la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les aspects des droits de la propriété intellectuelle qui touchent au commerce (Accord sur les ADPIC) et la santé publique,

Soulignant la nécessité d'améliorer l'accès à des médicaments et à d'autres technologies sanitaires de qualité, sûrs, efficaces et abordables, entre autres par le renforcement des capacités de production locale, en particulier dans les pays en développement, le transfert de technologies selon des modalités mutuellement convenues,¹ la coopération, le renforcement des cadres juridiques et réglementaires, et d'autres initiatives,

¹ Voir la note de bas de page 8.

Soulignant que la prévention, la préparation, la riposte et le relèvement adéquats des systèmes de santé face aux pandémies font partie d'un continuum visant à lutter contre d'autres urgences sanitaires et à parvenir à une plus grande équité en matière de santé grâce à une action résolue sur les déterminants sociaux, environnementaux, culturels, politiques et économiques de la santé, et

Conscientes de l'importance et des répercussions sur la santé publique de menaces croissantes telles que les changements climatiques, la pauvreté et la faim, la fragilité et la vulnérabilité de certains milieux, la faiblesse des soins de santé primaires et la propagation de la résistance aux antimicrobiens,

Sont convenues de ce qui suit :

Chapitre I. Introduction

Article 1. Expressions employées

Aux fins du présent Accord de l'OMS sur les pandémies, on entend par :

- a) « situations de crise humanitaire », des situations dans lesquelles un événement ou une série d'événements, comme des conflits armés, des catastrophes naturelles ou d'autres situations d'urgence ont engendré une grave menace pour la vie, la santé, la sûreté, la sécurité ou le bien-être d'une communauté ou d'un vaste groupe de population ayant besoin d'une assistance humanitaire. Cela est sans préjudice des droits et obligations découlant du droit international humanitaire applicable ;
- b) « approche Une seule santé » pour la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies, une approche qui tient compte des liens étroits et de l'interdépendance qui unissent la santé des êtres humains, des animaux domestiques et sauvages, des végétaux et de l'environnement au sens large (y compris les écosystèmes), dans le but de parvenir à un équilibre durable, et qui utilise une approche multisectorielle et transdisciplinaire de la prévention, de la préparation et de la riposte face aux pandémies, laquelle contribue à un développement durable de manière équitable ;
- c) « urgence due à une pandémie », une urgence de santé publique de portée internationale, causée par une maladie transmissible et :
 - i) qui s'étend ou risque fortement de s'étendre à plusieurs États ou à l'intérieur de plusieurs États ; et
 - ii) pour laquelle les systèmes de santé de ces États n'ont pas ou risquent fortement de ne pas avoir les capacités d'agir ; et
 - iii) qui cause ou risque fortement de causer des perturbations sociales et/ou économiques importantes, notamment d'entraver le trafic et le commerce internationaux ; et
 - iv) qui nécessite une action internationale rapide et équitable mieux coordonnée s'appuyant sur la mobilisation de l'ensemble des pouvoirs publics et de la société ;²

² Conformément au Règlement sanitaire international (2005). La Conférence des Parties est tenue d'examiner tout autre amendement apporté au Règlement sanitaire international (2005) ayant pour effet de modifier cette expression, afin d'assurer la cohérence des expressions employées dans le RSI et dans l'Accord de l'OMS sur les pandémies.

- d) « produits de santé liés aux pandémies », les produits de santé utiles³ éventuellement nécessaires pour la prévention, la préparation et la riposte face aux urgences dues aux pandémies ;
- e) « Partie », un État ou une organisation d'intégration économique régionale ayant consenti à être lié par le présent Accord conformément aux dispositions de ce dernier, et à l'égard duquel l'Accord est en vigueur ;
- f) « personnes en situation de vulnérabilité », les individus, y compris les personnes appartenant à des groupes ou à des communautés ou qui se trouvent dans des situations d'urgence et/ou des situations de crise humanitaire, chez qui le risque d'infection, de morbidité ou de mortalité, est anormalement élevé, ainsi que ceux qui sont susceptibles de supporter une charge anormalement élevée en raison des déterminants sociaux de la santé dans le contexte d'une urgence de santé publique de portée internationale, y compris une urgence due à une pandémie ;
- g) « urgence de santé publique de portée internationale », un événement extraordinaire dont il est déterminé :
- i) qu'il constitue un risque pour la santé publique dans d'autres États en raison du risque de propagation internationale de maladies ; et
 - ii) qu'il peut requérir une action internationale coordonnée ;⁴
- h) « risque pour la santé publique », la probabilité d'un événement qui peut nuire à la santé des populations humaines, plus particulièrement d'un événement pouvant se propager au niveau international ou présenter un danger grave et direct ;⁵
- i) « parties prenantes concernées », dans le cadre de leur collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé, les entités qui satisfont à une interprétation conforme à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé et aux principes, normes et critères de l'Organisation mondiale de la santé ;
- j) « organisation d'intégration économique régionale », une organisation composée de plusieurs États souverains et à laquelle ses États Membres ont donné compétence sur un certain nombre de questions, y compris le pouvoir de prendre des décisions ayant force obligatoire pour ses États Membres concernant ces questions ;⁶ et
- k) « couverture sanitaire universelle », le fait que chaque personne a accès à tout l'éventail des services de santé de qualité dont elle a besoin, au moment et à l'endroit où elle en a besoin, sans que cela entraîne pour elle de difficultés financières. Cette couverture englobe la gamme complète des services de santé essentiels, qu'il s'agisse de la promotion de la santé, de la prévention, du traitement, de la réadaptation ou des soins palliatifs tout au long de la vie.

³ Voir la note de bas de page 2.

⁴ Voir la note de bas de page 2.

⁵ Voir la note de bas de page 2.

⁶ Le cas échéant, « national » se rapporte également aux organisations d'intégration économique régionale.

Article 2. Objectif

1. L'objectif de l'Accord de l'OMS sur les pandémies, guidé par l'équité ainsi que les principes qui y sont énoncés, est de prévenir les pandémies, de s'y préparer et d'y riposter.
2. Aux fins de la réalisation de cet objectif, les dispositions de l'Accord de l'OMS sur les pandémies s'appliquent pendant et entre les pandémies, sauf indication contraire.

Article 3. Principes et approches

Pour atteindre l'objectif de l'Accord de l'OMS sur les pandémies et pour appliquer les dispositions de ce dernier, les Parties s'appuient, entre autres, sur ce qui suit :

1. le droit souverain des États, conformément à la Charte des Nations Unies et aux principes du droit international, de légiférer et d'appliquer des lois, dans leur ressort ;
2. le plein respect de la dignité, des droits humains et des libertés fondamentales de toutes les personnes, ainsi que la possession du meilleur état de santé que chaque être humain est capable d'atteindre, le droit au développement et le plein respect de la non-discrimination, de l'égalité des genres, et de la protection des personnes en situation de vulnérabilité ;
3. le plein respect du droit international humanitaire en ce qu'il se rapporte à une prévention, une préparation et une riposte efficaces face aux pandémies ;
4. l'équité, qui est un objectif, un principe et un résultat de la prévention, de la préparation et de la riposte face aux pandémies, en s'employant dans ce contexte à ce qu'il n'y ait aucune différence injuste, évitable ou remédiable entre les personnes, les communautés et les pays ;
5. la solidarité avec tous les peuples et tous les pays dans le contexte des urgences sanitaires, l'inclusivité, la transparence et la responsabilité pour donner corps à l'intérêt commun que présente un monde plus équitable et mieux préparé pour prévenir les pandémies, y riposter et s'en relever, en tenant compte des différents niveaux de moyens et de capacités, en particulier dans les pays en développement, y compris les pays en développement sans littoral, ainsi que la situation particulière des petits États insulaires en développement et des pays les moins avancés en ce qui concerne la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies ; et
6. les meilleures données scientifiques et factuelles disponibles comme fondement des décisions en matière de santé publique pour la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies.

Chapitre II. Communauté internationale – ensemble en toute équité : parvenir à l'équité dans, pour et par la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies

Article 4. Prévention et surveillance des pandémies

1. Les Parties prennent des mesures, dans le cadre de la coopération internationale, par des voies bilatérales, régionales et multilatérales, pour renforcer progressivement les mesures et les capacités de prévention et de surveillance des pandémies, conformément au Règlement sanitaire international (2005) et en tenant compte des capacités nationales et des situations nationales et régionales.

2. Chaque Partie renforce progressivement les mesures et les capacités de prévention des pandémies et de surveillance multisectorielle coordonnée, en tenant compte de ses capacités nationales et de ses priorités de santé publique. À cette fin, chaque Partie, conformément au droit national et/ou interne et au droit international applicable, et sous réserve de la disponibilité de ressources, élabore ou renforce et met en œuvre des plans, des programmes et/ou d'autres mesures nationaux multisectoriels et globaux de prévention et de surveillance des pandémies⁷ qui sont compatibles avec le Règlement sanitaire international (2005), et tiennent compte de ses priorités de santé publique et des normes et lignes directrices internationales applicables, et englobent, entre autres :

- a) la prévention des maladies infectieuses émergentes et réémergentes, en prenant des mesures pour promouvoir la collaboration entre les secteurs concernés dans le but de repérer les facteurs contribuant aux maladies infectieuses à l'interface humain-animal-environnement et d'agir sur ceux-ci, afin d'assurer une prévention précoce des pandémies ;
- b) la prévention de la transmission des maladies infectieuses entre les animaux et les êtres humains, y compris, entre autres, la transmission zoonotique, en prenant des mesures pour repérer et réduire les risques de pandémie associés aux interactions humain-animal et aux situations pertinentes, ainsi que des mesures de prévention à la source, sans méconnaître l'importance de préserver les moyens d'existence des communautés et la sécurité alimentaire ;
- c) une surveillance multisectorielle coordonnée aux fins de la détection des agents pathogènes émergents ou réémergents à potentiel pandémique, y compris les agents pathogènes susceptibles de présenter des risques importants de transmission zoonotique et ceux qui sont résistants aux agents antimicrobiens, et aux fins de l'évaluation des risques qui leur sont liés ; ainsi que la communication aux secteurs concernés au sein de son territoire des résultats de la surveillance et des évaluations des risques, en vue d'améliorer la détection précoce ;
- d) les mesures de détection et de maîtrise précoces au niveau communautaire, en renforçant les mécanismes et en améliorant les capacités à l'échelle communautaire afin de prévenir, de détecter et de signaler les événements de santé publique inhabituels aux autorités compétentes au sein de son territoire, de sorte à faciliter les mesures précoces pour les endiguer à la source ;
- e) le renforcement des efforts pour garantir l'accès à l'eau potable, à l'assainissement et à l'hygiène pour tous, y compris dans les zones difficiles à atteindre ;
- f) des mesures visant à renforcer les programmes de vaccination systématique efficaces, en particulier en augmentant la couverture vaccinale et/ou en la maintenant à un niveau élevé, et les activités de vaccination supplémentaires menées en temps opportun, afin de réduire les risques pour la santé publique et de prévenir les flambées, en sensibilisant le public à l'importance de la vaccination et en renforçant les chaînes d'approvisionnement et les systèmes de vaccination ;

⁷ Voir l'article 15.4.

- g) des mesures de lutte anti-infectieuse, y compris une gestion sans danger des déchets médicaux, dans tous les établissements de soins de santé et des mesures de lutte anti-infectieuse dans les établissements de soins de longue durée ;
- h) la surveillance et la prévention des maladies à transmission vectorielle susceptibles d'entraîner une urgence due à une pandémie, ainsi que l'évaluation des risques qui leur sont associés, y compris en mettant en place des capacités, en les renforçant et en les maintenant, et en tenant compte des facteurs sociaux, démographiques et/ou environnementaux pouvant avoir une influence sur la répartition des vecteurs et la transmission des maladies ;
- i) la gestion des risques biologiques en laboratoire, y compris par la formation et les pratiques en matière de sécurité et de sûreté biologiques, et en veillant à la sécurité et la sûreté du transport, conformément aux règles et aux normes internationales et nationales applicables ; et
- j) les mesures pour faire face aux risques de santé publique associés à l'émergence et à la propagation d'agents pathogènes résistants aux agents antimicrobiens, en facilitant un accès abordable et équitable aux antimicrobiens et en promouvant un usage approprié, prudent et responsable dans tous les secteurs concernés.

3. Les Parties reconnaissent qu'une série de facteurs environnementaux, climatiques, sociaux, anthropiques et économiques, y compris la faim et la pauvreté, peuvent accroître le risque de pandémies et elles s'efforcent de prendre en considération ces facteurs au moment d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques, des stratégies, des plans et/ou des mesures utiles, au niveau international, régional et national, selon qu'il convient, conformément au droit national et/ou interne et au droit international applicable.

4. La Conférence des Parties élabore et adopte des lignes directrices, des recommandations et d'autres mesures non contraignantes, selon que de besoin, afin de favoriser la mise en œuvre effective des dispositions énoncées aux paragraphes 1 et 2 du présent article, de façon cohérente avec les dispositions du Règlement sanitaire international (2005), en suivant, selon qu'il convient, l'approche « Une seule santé », et en tenant pleinement compte de la situation nationale et des différents moyens et capacités des Parties, ainsi que de la nécessité de renforcer les capacités et de soutenir la mise en œuvre à l'appui des pays en développement Parties.

5. La Conférence des Parties, par ses travaux relatifs aux dispositions du présent article, traite, entre autres, de la coopération aux fins de la mise en œuvre, en particulier par l'assistance technique, le renforcement des capacités, la collaboration en matière de recherche, les mesures tendant à faciliter un accès équitable aux produits et outils concernés, le transfert de technologies selon des modalités mutuellement convenues,⁸ et le financement, conformément aux dispositions de l'Accord de l'OMS sur les pandémies ; ainsi que de la coopération à l'appui des initiatives mondiales, régionales et nationales visant à prévenir les urgences de santé publique de portée internationale, y compris les urgences dues à une pandémie, une attention particulière étant accordée aux pays en développement Parties.

⁸ Aux fins du présent Accord de l'OMS sur les pandémies, l'expression « selon des modalités mutuellement convenues » signifie que le transfert de technologies est entrepris volontairement et à des conditions convenues d'un commun accord, sans préjudice des droits et obligations des Parties en vertu d'autres accords internationaux.

6. L'appui technique pour l'application du présent article, en particulier à l'intention des pays en développement Parties, selon qu'il convient et sur demande, sera facilité par l'Organisation mondiale de la Santé, en collaboration avec d'autres organisations intergouvernementales compétentes.

Article 5. Principe « Une seule santé » à l'appui de la prévention, de la préparation et de la riposte face aux pandémies

1. Les Parties, considérant que la santé des personnes est étroitement liée à la santé des animaux et à celle de l'environnement, promeuvent, à l'appui de la prévention, de la préparation et de la riposte face aux pandémies, une approche « Une seule santé » qui soit cohérente, intégrée, coordonnée et collaborative entre toutes les organisations, tous les secteurs et tous les acteurs concernés, selon qu'il convient, conformément au droit national et/ou interne et au droit international applicable, et compte tenu de la situation nationale.
2. Les Parties prennent des mesures, selon qu'il convient, visant à déterminer et à combattre, conformément au droit national et/ou interne et au droit international applicable, les facteurs favorisant les pandémies ainsi que l'émergence et la réémergence de maladies infectieuses à l'interface humain-animal-environnement, en mettant en place et en intégrant des interventions dans les plans applicables de prévention, de préparation et de riposte face aux pandémies, sous réserve de la disponibilité des ressources.
3. Chaque Partie, conformément au droit national et/ou interne, compte tenu des contextes nationaux et régionaux, et sous réserve de la disponibilité des ressources, prend les mesures qui lui semblent appropriées, visant à promouvoir la santé des êtres humains, celle des animaux et celle de l'environnement, avec l'appui, selon que de besoin et sur demande, de l'Organisation mondiale de la Santé et d'autres organisations intergouvernementales compétentes, y compris par les moyens suivants :
 - a) en élaborant, en mettant en œuvre et en examinant les politiques et les stratégies nationales pertinentes qui suivent une approche « Une seule santé » en ce qui concerne la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies, y compris en s'attachant à promouvoir la mobilisation des communautés, conformément à l'article 15.3a) ; et
 - b) en promouvant ou en mettant en place des programmes conjoints de formation initiale et continue à l'intention des personnels à l'interface humain-animal-environnement, afin de renforcer les compétences, les capacités et les moyens utiles et complémentaires, conformément à une approche « Une seule santé ».

Article 6. Préparation, capacité d'intervention et résilience des systèmes de santé

1. Chaque Partie, dans la limite des moyens et des ressources dont elle dispose, prend les mesures appropriées pour mettre en place, consolider et maintenir un système de santé résilient, en particulier les soins de santé primaires, aux fins de la prévention, de la préparation et de la riposte face aux pandémies, en tenant compte du besoin d'équité et conformément à l'article 17, en vue d'instaurer la couverture sanitaire universelle.
2. Chaque Partie, dans la limite des moyens et des ressources dont elle dispose, prend les mesures appropriées, conformément à son droit national et/ou interne, pour mettre en place ou renforcer, maintenir durablement et contrôler les fonctions et les infrastructures du système de santé, en ce qui concerne :

- a) la prestation en temps opportun d'un accès équitable à des soins cliniques modulables et à des services de santé courants et essentiels de qualité, tout en maintenant les fonctions de santé publique et, le cas échéant, les mesures sociales durant les pandémies, en mettant l'accent sur les soins de santé primaires, les soins de santé mentale et l'aide psychosociale, et en accordant une attention particulière aux personnes en situation de vulnérabilité ;
- b) les capacités nationales ou, le cas échéant, régionales en vue d'adopter des pratiques en matière d'achat et une gestion de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé liés aux pandémies qui soient transparentes et d'un bon rapport coût/efficacité ;
- c) les capacités de laboratoire et de diagnostic par l'application des normes et protocoles pertinents, y compris pour la gestion du risque biologique, et le cas échéant, la participation aux réseaux régionaux et mondiaux ;
- d) le recours aux sciences sociales et comportementales, à la communication sur les risques et à la mobilisation communautaire aux fins de la prévention, de la préparation et de la riposte face aux pandémies ;
- e) le relèvement du système de santé après une pandémie.

3. Chaque Partie, en collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé, s'efforce d'élaborer, de renforcer et de maintenir des systèmes nationaux d'information sanitaire, conformément au droit national et/ou interne, sous réserve de la disponibilité des ressources, notamment en utilisant les normes internationales applicables en matière de données pour l'interopérabilité, selon qu'il convient, en se fondant sur une bonne gouvernance en matière de données pour prévenir les événements de santé publique, les détecter et y faire face.

4. Chaque Partie assure le suivi de ses capacités de préparation, et évalue périodiquement, si nécessaire avec l'appui technique du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé, sur demande, le fonctionnement, la capacité d'intervention et les lacunes de ses moyens de prévention, de préparation et de riposte face aux pandémies.

Article 7. Personnels de santé et d'aide à la personne

1. Chaque Partie, en fonction des capacités qui sont les siennes et de la situation nationale, prend les mesures appropriées dans le but de mettre en place, de renforcer, de protéger, de préserver et de fidéliser des personnels de santé et d'aide à la personne au niveau national qui soient pluridisciplinaires, qualifiés, adaptés et formés, et de leur consacrer des investissements, en vue de prévenir les urgences sanitaires, de s'y préparer et d'y riposter, y compris dans les situations de crise humanitaire, tout en maintenant des fonctions de santé publique et des services de santé essentiels à tout moment et pendant les urgences dues à une pandémie.

2. Chaque Partie, compte tenu de sa situation nationale, et conformément à ses obligations internationales, prend les mesures appropriées pour assurer un travail décent, pour protéger de manière continue la sécurité, la santé mentale et le bien-être, et pour renforcer les capacités de son personnel de santé et d'aide à la personne, notamment :

- a) en facilitant l'accès prioritaire aux produits de santé liés aux pandémies pendant les urgences dues à une pandémie ;
- b) en éliminant toutes les formes d'inégalité et de discrimination ainsi que les autres disparités, telles que l'inégalité des rémunérations et les freins auxquels se heurtent les femmes ;

- c) en luttant contre le harcèlement, la violence et les menaces ;
- d) en soutenant l'autonomisation individuelle et collective ; et
- e) en élaborant des politiques relatives aux traumatismes, aux handicaps ou aux décès liés au travail pendant les interventions d'urgence.

3. Chaque Partie s'efforce de renforcer les capacités nationales et de désigner ou de créer, selon qu'il convient, des équipes sanitaires pluridisciplinaires d'urgence au niveau national, sous-national et/ou régional. Sur cette base, les Parties prennent des mesures, dans la limite de leurs capacités et de leurs possibilités, en coordination avec l'Organisation mondiale de la Santé et d'autres organisations internationales et régionales compétentes, dans le but de renforcer, de maintenir durablement et de mobiliser un personnel mondial pluridisciplinaire pour les situations sanitaires d'urgence qui soit qualifié, formé et puisse appuyer les États Membres, y compris par le déploiement, à leur demande.

4. Les Parties collaborent, selon qu'il convient et conformément au droit national et/ou interne, au moyen de mécanismes multilatéraux et bilatéraux, pour réduire au minimum l'incidence négative de la migration des personnels de santé et d'aide à la personne sur les systèmes de santé, tout en respectant la liberté de circulation des professionnels de santé, en tenant compte de la Liste OMS d'appui et de sauvegarde pour les personnels de santé et des codes et des normes internationaux applicables, y compris ceux de caractère volontaire, comme le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé.⁹

5. Les Parties, compte tenu de leur situation nationale, prennent les mesures appropriées afin d'assurer un travail décent et un environnement sûr et sain aux autres agents essentiels qui fournissent des biens et des services publics essentiels pendant les urgences dues à une pandémie. Les Parties, compte tenu de leur situation nationale, prennent également des mesures pour élaborer et mettre en œuvre des politiques coordonnées pour la sécurité et la protection des agents des transports et de la chaîne d'approvisionnement, selon qu'il convient, en facilitant le transit et le transfert des gens de mer et des agents des transports, entre autres, ainsi que leur accès aux soins médicaux.

Article 8. Renforcement des systèmes de réglementation

1. Chaque Partie renforce son autorité réglementaire nationale et, le cas échéant, régionale chargée de l'autorisation et de l'approbation des produits de santé liés aux pandémies, y compris en obtenant une assistance technique auprès de l'Organisation mondiale de la Santé et d'autres organisations internationales, sur demande, et auprès d'autres Parties, selon qu'il convient, ainsi qu'en coopérant avec ces entités, dans le but de garantir la qualité, l'innocuité et l'efficacité de tels produits.

2. Chaque Partie prend des mesures pour s'assurer qu'elle est dotée, selon qu'il convient, des capacités techniques et des cadres juridiques, administratifs et financiers à l'appui :

- a) d'un examen réglementaire accéléré et/ou d'une autorisation réglementaire d'urgence, et de la surveillance des produits de santé liés aux pandémies, conformément au droit applicable ; et

⁹ La référence au Code de pratique mondial susmentionné n'en modifie pas le caractère volontaire.

- b) d'une vigilance effective visant à surveiller l'innocuité et l'efficacité des produits de santé liés aux pandémies.
3. Chaque Partie, conformément au droit national et/ou interne applicable, selon qu'il convient, met à la disposition du public et tient à jour :
- a) des informations sur les processus réglementaires nationaux et, le cas échéant, régionaux d'autorisation ou d'approbation de l'utilisation des produits de santé liés aux pandémies ; et
 - b) des informations sur les produits de santé liés aux pandémies qu'elle a autorisés ou approuvés, y compris les informations supplémentaires pertinentes relatives à l'autorisation ou l'approbation.
4. Chaque Partie s'efforce, sous réserve du droit national et/ou interne applicable, d'instaurer, selon que de besoin, des mécanismes de confiance réglementaire dans ses cadres réglementaires nationaux et, le cas échéant, régionaux à utiliser pendant les urgences de santé publique de portée internationale, y compris les urgences dues à une pandémie pour les produits de santé liés aux pandémies, en tenant compte des lignes directrices pertinentes.
5. Chaque Partie encourage, selon qu'il convient et conformément au droit applicable, les concepteurs et les fabricants concernés de produits de santé liés aux pandémies à demander avec diligence les autorisations et approbations réglementaires auprès des autorités réglementaires nationales et/ou régionales, y compris les autorités reconnues par l'Organisation mondiale de la Santé, et la préqualification de ces produits par l'Organisation mondiale de la Santé.
6. Les Parties collaborent, selon qu'il convient, en vue d'améliorer le protocole OMS d'autorisation d'utilisation d'urgence, la procédure de préqualification et toute autre procédure pertinente de l'Organisation mondiale de la Santé visant à recommander l'utilisation de produits de santé liés aux pandémies.
7. Les Parties, selon qu'il convient, surveillent et renforcent les systèmes d'alerte rapide et prennent des mesures réglementaires pour lutter contre les produits de santé liés aux pandémies de qualité inférieure et falsifiés.
8. Les Parties s'efforcent, sous réserve du droit applicable :
- a) de coopérer en vue d'aligner, le cas échéant, les exigences techniques et réglementaires, conformément aux normes et orientations internationales applicables ;
 - b) d'apporter un soutien afin de contribuer à renforcer la capacité des autorités réglementaires nationales et des systèmes de réglementation régionaux à riposter aux urgences dues à une pandémie, sous réserve des ressources disponibles.

Article 9. Recherche-développement

1. Les Parties coopèrent, selon qu'il convient, pour mettre en place, renforcer et maintenir durablement des capacités et des institutions de recherche-développement géographiquement diversifiées, en particulier dans les pays en développement, et favorisent la collaboration en matière de recherche, l'accès à la recherche et le partage rapide des informations et des résultats issus de la recherche, en particulier pendant les urgences de santé publique de portée internationale, y compris les urgences dues à une pandémie.

2. À cette fin, les Parties encouragent, dans la limite des moyens et des ressources dont elles disposent, et conformément au droit et aux politiques nationaux et/ou internes :

- a) les investissements durables et le soutien en faveur d'institutions et de réseaux de recherche capables de s'adapter et de répondre rapidement aux besoins en matière de recherche-développement en cas d'urgence due à une pandémie, et de la recherche-développement relative aux priorités de santé publique, y compris : i) l'épidémiologie des maladies infectieuses émergentes, les facteurs de transmission zoonotique ou d'émergence des maladies, et les sciences sociales et comportementales ; ii) la gestion des pandémies, telles que les mesures de santé publique et les mesures sociales, ainsi que leurs effets et leurs conséquences socio-économiques ; et iii) les produits de santé liés aux pandémies, y compris en favorisant l'accès équitable ;
- b) les programmes, les projets et les partenariats de recherche scientifique, y compris par l'intermédiaire des initiatives de cocréation et de coentreprises dans le domaine technologique, avec la participation active des scientifiques et des institutions et centres de recherche, en particulier de pays en développement, et la collaboration internationale et régionale avec ceux-ci ;
- c) la production d'outils, de stratégies et de partenariats portant sur la synthèse de données probantes, l'application du savoir et la communication fondée sur des données probantes, en lien avec la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies, et l'accès équitable à ceux-ci ;
- d) l'échange d'informations sur les programmes, les priorités, les activités de renforcement des capacités et les meilleures pratiques en matière de recherche, qui sont utiles pour la mise en œuvre du présent Accord, y compris pendant les urgences dues à une pandémie ;
- e) les programmes, les projets et les partenariats de renforcement des capacités, ainsi que l'appui durable à toutes les phases de la recherche-développement, y compris la recherche fondamentale et la recherche appliquée ;
- f) l'accélération de la recherche-développement innovante, conformément aux obligations, aux lois et aux règlements applicables en matière de sécurité et de sûreté biologiques, et compte tenu également, selon qu'il convient, des normes et des orientations pertinentes ;
- g) la participation des parties prenantes concernées à l'accélération de la recherche-développement.

3. Chaque Partie, en fonction de sa situation et du droit nationaux ou internes, et compte tenu des lignes directrices et des orientations nationales et internationales applicables en matière d'éthique, encourage, durant les urgences de santé publique de portée internationale, y compris les urgences dues à une pandémie, la conduite d'essais cliniques bien conçus et bien réalisés dans sa juridiction, notamment en promouvant : i) le caractère représentatif des populations des essais ; ii) selon qu'il convient, le partage des vaccins, des traitements et des produits de diagnostic liés aux pandémies destinés à être utilisés en tant que produits de comparaison¹⁰ lors d'essais cliniques de vaccins, de traitements et de produits de diagnostic liés aux pandémies ; et iii) l'accès des populations des essais et des populations à risque au sein de leurs communautés aux produits sûrs et efficaces qui résultent de ces essais.

¹⁰ Aux fins du présent paragraphe, le terme « produit de comparaison » désigne un produit expérimental ou commercialisé (témoin actif), ou placebo, utilisé comme référence au cours d'un essai clinique.

4. En vertu du paragraphe 1 du présent article, chaque Partie, conformément au droit et aux politiques nationaux et/ou internes, et compte tenu des normes internationales pertinentes, appuie la publication rapide et transparente des protocoles d'essais cliniques et des autres résultats de la recherche liés à la mise en œuvre de l'Accord de l'OMS sur les pandémies.
5. Chaque Partie élabore et met en œuvre des politiques nationales et/ou régionales, adaptées à sa situation interne, concernant l'introduction dans les subventions, contrats et autres accords de financement public de la recherche-développement, en particulier ceux qui concernent des entités privées et des partenariats public-privé, de dispositions pour la mise au point de produits de santé liés aux pandémies, qui favorisent un accès équitable et en temps opportun à ces produits, en particulier pour les pays en développement, pendant les urgences de santé publique de portée internationale, y compris les urgences dues à une pandémie, et concernant la publication de ces dispositions. Ces dispositions peuvent prévoir : i) l'octroi de licences et/ou de sous-licences, notamment à des fabricants de pays en développement et au profit de pays en développement, de préférence à titre non exclusif ; ii) des politiques de prix abordables ; iii) un accès facilité aux technologies pour favoriser la recherche-développement et une production locale géographiquement diversifiée ; iv) la publication d'informations pertinentes sur les protocoles d'essais cliniques et les produits de la recherche pertinents ; et v) le respect des cadres de répartition des produits adoptés par l'Organisation mondiale de la Santé.

Article 10. Production locale durable et géographiquement diversifiée

1. Les Parties prennent des mesures, selon qu'il convient, pour assurer une répartition géographique plus équitable et un accroissement rapide de la production mondiale de produits de santé liés aux pandémies, et pour rendre l'accès à de tels produits plus durable, rapide et équitable et réduire l'éventuel écart entre l'offre et la demande en cas d'urgence due à une pandémie, y compris moyennant les mesures prévues aux articles 11 et 13.
2. Les Parties, en collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé et d'autres organisations compétentes, selon qu'il convient et sous réserve du droit national et/ou interne :
 - a) prennent des mesures pour apporter un appui aux installations existantes ou nouvelles de production de produits de santé utiles et/ou renforcer de telles installations, au niveau national et régional, en particulier dans les pays en développement, en vue de promouvoir la durabilité de ces installations de production géographiquement diversifiées, y compris en soutenant et/ou en favorisant le développement des compétences, le renforcement des capacités et d'autres initiatives intéressant les installations de production ;
 - b) facilitent la continuité et la durabilité des activités des fabricants locaux et régionaux, notamment ceux des pays en développement, y compris en promouvant la transparence des informations pertinentes concernant les produits de santé liés aux pandémies et les matières premières tout au long de la chaîne de valeur, pour autant que ces informations ne soient pas soumises à protection en vertu du droit interne et international applicable ;
 - c) soutiennent activement les programmes pertinents de l'Organisation mondiale de la Santé en matière de transfert de technologies, de compétences et de connaissances et de production locale, y compris ceux auxquels l'article 11 fait référence, ainsi que les autres programmes pertinents, afin de faciliter la durabilité et une répartition stratégique et géographique de la production de produits de santé liés aux pandémies, en particulier dans les pays en développement ;

- d) promeuvent ou encouragent les investissements, les accords d'achat et les partenariats des secteurs public et privé, y compris les partenariats public-privé, visant à créer ou à agrandir des installations ou des capacités de fabrication de produits de santé liés aux pandémies, y compris les installations ayant une portée régionale dans les pays en développement ;
- e) encouragent les organisations internationales et autres organisations compétentes à conclure des arrangements, y compris des contrats à long terme appropriés concernant les produits de santé liés aux pandémies, notamment en achetant des produits auprès des installations visées à l'alinéa 2a) du présent article et conformément aux objectifs de l'article 13, en particulier ceux de fabricants locaux et/ou régionaux dans les pays en développement ; et
- f) en cas d'urgence due à une pandémie, si la capacité des installations mentionnées à l'alinéa 2a) du présent article ne répond pas à la demande, prennent des mesures pour recenser des fabricants et conclure des contrats avec eux afin d'accroître rapidement la production de produits de santé liés aux pandémies.

3. À la demande de la Conférence des Parties, l'Organisation mondiale de la Santé fournit une assistance aux installations mentionnées au paragraphe 2 du présent article, y compris, selon qu'il convient, en ce qui concerne la formation, le renforcement des capacités et l'appui en temps opportun à la mise au point et à la production de produits liés aux pandémies, en particulier dans les pays en développement, en vue de parvenir à une production géographiquement diversifiée.

Article 11. Transfert de technologies et coopération concernant le savoir-faire connexe pour la production de produits de santé liés aux pandémies

1. Chaque Partie, afin de permettre une production durable et géographiquement diversifiée de produits de santé liés aux pandémies en vue d'atteindre l'objectif de l'Accord de l'OMS sur les pandémies, selon qu'il convient :

- a) promeut et facilite ou encourage par d'autres moyens le transfert de technologies selon des modalités mutuellement convenues,¹¹ y compris le transfert de connaissances, de compétences et d'expertise technique pertinentes, et la coopération concernant tout autre savoir-faire connexe pour la production de produits de santé liés aux pandémies, en particulier au profit des pays en développement, par des mesures qui peuvent prévoir, entre autres, l'octroi de licences, le renforcement des capacités, la facilitation de relations, des mesures d'incitation ou des conditions attachées à la recherche-développement, aux achats ou encore au financement, et des mesures de politique réglementaire ;
- b) prend des mesures pour améliorer la disponibilité des licences de technologies de santé liées aux pandémies dont elle détient les droits, à titre non exclusif, en toute transparence, sur la base d'une large répartition géographique et au profit des pays en développement, lorsque et dans la mesure où cela est possible, conformément au droit national et/ou interne et au droit international, et exhorte les titulaires de droits privés à faire de même ;
- c) prend des mesures pour publier en temps voulu les conditions de ses accords de licence nécessaires pour encourager l'accès mondial équitable et en temps opportun aux technologies de santé liées aux pandémies, conformément à la législation et aux politiques applicables, et encourage les titulaires de droits privés à faire de même ;

¹¹ Voir la note de bas de page 8.

- d) encourage les titulaires de brevets ou de licences pertinents pour la production de produits de santé liés aux pandémies à renoncer à percevoir des redevances ou, sinon, à facturer des redevances raisonnables, en particulier aux fabricants des pays en développement pendant une urgence due à une pandémie, en vue d'accroître la disponibilité et le caractère abordable de ces produits pour les populations qui en ont besoin, en particulier les personnes en situation de vulnérabilité ;
- e) favorise le transfert de technologies pertinentes selon des modalités mutuellement convenues,¹² y compris le transfert de connaissances, de compétences et d'expertise technique pertinentes par les titulaires de droits privés pour les produits de santé liés aux pandémies auprès de centres de transfert de technologies régionaux ou mondiaux reconnus, coordonnés par l'Organisation mondiale de la Santé, ou d'autres dispositifs ou réseaux ; et
- f) pendant les urgences dues à une pandémie, exhorte les fabricants à partager les informations qui intéressent la production de produits de santé liés aux pandémies, conformément au droit et aux politiques nationaux et/ou internes.

2. Chaque Partie fournit, selon qu'il convient et sous réserve des ressources disponibles et de la législation applicable, un appui au renforcement des capacités, notamment auprès des fabricants locaux, sous-régionaux et/ou régionaux de pays en développement, pour la mise en œuvre du présent article.

3. Les Parties coopèrent, selon qu'il convient, en ce qui concerne les mesures limitées dans le temps dont elles sont convenues dans le cadre des organisations internationales et régionales compétentes dont elles sont membres, afin d'assurer une fabrication plus rapide ou à plus grande échelle de produits de santé liés aux pandémies, dans la mesure nécessaire pour améliorer la disponibilité, l'accessibilité et le caractère abordable des produits de santé liés aux pandémies en cas d'urgence due à une pandémie.

4. Les Parties qui sont membres de l'Organisation mondiale du commerce réaffirment qu'elles ont le droit de recourir pleinement aux dispositions de l'Accord de l'Organisation mondiale du commerce sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce et de la Déclaration de Doha de 2001 sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, lesquelles ménagent des flexibilités pour protéger la santé publique, y compris lors de futures pandémies. Les Parties respectent pleinement l'utilisation de ces flexibilités conformément à l'Accord de l'Organisation mondiale du commerce sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce.

5. En collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé, les Parties recensent, évaluent et, le cas échéant, renforcent et/ou mettent en place des mécanismes et des initiatives qui promeuvent et facilitent le transfert de technologies selon des modalités mutuellement convenues,¹³ en vue d'accroître l'accès aux produits de santé liés aux pandémies, en particulier dans les pays en développement, y compris en mettant en commun la propriété intellectuelle, les connaissances, les compétences et l'expertise technique pertinentes, et les données, et en octroyant des licences à titre non exclusif en toute transparence. Ces mécanismes peuvent, le cas échéant, être coordonnés par l'Organisation mondiale de la Santé, en collaboration avec d'autres mécanismes pertinents et organisations compétentes, de sorte à permettre aux fabricants des pays en développement d'y participer davantage.

¹² Voir la note de bas de page 8.

¹³ Voir la note de bas de page 8.

6. Chaque Partie devrait examiner et envisager de modifier, selon qu'il convient, sa législation nationale et/ou interne en vue de s'assurer qu'elle permet la mise en œuvre du présent article en temps voulu et de manière efficace.

Article 12. Système d'accès aux agents pathogènes et de partage des avantages

1. Reconnaissant le droit souverain des États sur leurs ressources biologiques et l'importance d'une action collective en vue d'atténuer les risques pour la santé publique, et soulignant qu'il importe de promouvoir le partage rapide et en temps opportun « du matériel et des données de séquençage se rapportant à des agents pathogènes à potentiel pandémique » (ci-après « le matériel et les données de séquençage PABS »), ainsi que, sur un pied d'égalité, le partage rapide, en temps opportun, juste et équitable des avantages découlant du partage et/ou de l'utilisation de matériel et de données de séquençage PABS, à des fins de santé publique, les Parties établissent par le présent Accord un système multilatéral pour assurer, de manière sûre, transparente et responsable, l'accès au matériel et aux données de séquençage PABS et le partage des avantages, le « Système OMS d'accès aux agents pathogènes et de partage des avantages » (ci-après le « Système PABS »), qui sera élaboré conformément au paragraphe 2 du présent article.

2. Les dispositions régissant le Système PABS, y compris les définitions des agents pathogènes à potentiel pandémique ainsi que du matériel et des données de séquençage PABS, les modalités, la nature juridique, les conditions et les dimensions opérationnelles, sont élaborées et approuvées dans un instrument conformément au chapitre III (ci-après l'« Instrument PABS »), qui fait l'objet d'une annexe. L'Instrument PABS définit également les conditions dans lesquelles l'Organisation mondiale de la Santé administre et coordonne le Système PABS. Aux fins de la coordination et du fonctionnement du Système PABS, l'Organisation mondiale de la Santé collabore avec les organisations internationales compétentes¹⁴ et les parties prenantes concernées. Tous les éléments du Système PABS entrent en vigueur simultanément conformément aux dispositions de l'Instrument PABS.

3. Compte tenu des différences d'utilisation du matériel et des données de séquençage PABS, l'élaboration du Système PABS selon des principes de sécurité, de responsabilité et de transparence traite des mesures de traçabilité et de l'accès libre aux données.

4. Eu égard à l'article 4.4 du Protocole de Nagoya sur l'accès aux ressources génétiques et le partage juste et équitable des avantages découlant de leur utilisation relatif à la Convention sur la diversité biologique (ci-après le « Protocole de Nagoya »), l'Instrument PABS est compatible avec les objectifs de la Convention sur la diversité biologique et du Protocole de Nagoya, sans aller à leur encontre, sachant que le présent paragraphe ne crée aucune obligation en vertu de ces instruments à l'égard des États qui n'y sont pas Parties.

5. L'Instrument PABS mentionné au paragraphe 2 du présent article contient des dispositions concernant, entre autres :

- a) le partage rapide et en temps opportun du matériel et des données de séquençage PABS et l'accès à ceux-ci et, sur un pied d'égalité, le partage rapide, en temps opportun, juste et équitable des avantages, pécuniaires ou non, y compris les contributions pécuniaires annuelles, les vaccins, les traitements et les produits de diagnostic découlant du partage et/ou de l'utilisation de matériel et de données de séquençage PABS à des fins de santé publique ;

¹⁴ Dans le contexte de la collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé, le terme « organisations internationales compétentes » s'entend conformément à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé.

- b) les modalités et les conditions de l'accès et du partage des avantages qui offrent une sécurité juridique ;
- c) la mise en œuvre d'une manière qui renforce, facilite et accélère la recherche et l'innovation, ainsi que le partage et la distribution justes et équitables des avantages ;
- d) l'élaboration et la mise en œuvre d'une manière :
 - i) qui vienne compléter, en évitant les doubles emplois, les mesures et obligations sur l'accès et le partage des avantages du Cadre de préparation en cas de grippe pandémique et d'autres instruments nationaux et internationaux pertinents sur l'accès et le partage des avantages, s'il y a lieu ; et
 - ii) qui garantisse que chaque Partie examine, et si elle le juge approprié aligne, ses mesures nationales et/ou régionales sur l'accès et le partage des avantages applicables au matériel et aux données de séquençage PABS visées par l'Instrument PABS, de sorte que les mesures qui sont contraires à l'Instrument PABS, qui sont incompatibles ou font double emploi avec celui-ci, ne soient pas appliquées lors de l'entrée en vigueur de tous les éléments du Système PABS ;
- e) la mise en œuvre conformément au droit international applicable, ainsi qu'au droit, aux normes et aux règlements nationaux et/ou internes applicables, en ce qui concerne l'évaluation des risques, la sécurité et la sûreté biologiques et le contrôle de l'exportation des agents pathogènes, et la protection des données ; et
- f) la mise en œuvre d'une manière qui facilite la fabrication et l'exportation des vaccins, des traitements et des produits de diagnostic visant les agents pathogènes sur lesquels porte l'Instrument PABS.

6. Le Système PABS, tel qu'il est défini dans l'annexe mentionnée au paragraphe 2 du présent article, prévoit notamment ce qui suit en cas d'urgence due à une pandémie déterminée conformément à l'article 12 du Règlement sanitaire international (2005) :

- a) chaque fabricant participant¹⁵ met à disposition de l'Organisation mondiale de la Santé, conformément aux contrats juridiquement contraignants signés avec l'Organisation mondiale de la Santé, un accès rapide à un pourcentage visé de 20 % de sa production en temps réel de vaccins, de traitements et de produits de diagnostic sûrs, de qualité et efficaces visant l'agent pathogène responsable de l'urgence due à une pandémie, à condition qu'un minimum de 10 % de sa production en temps réel soit mis à disposition de l'Organisation mondiale de la Santé à titre de don et que le pourcentage restant lui soit réservé à un prix abordable, une certaine souplesse étant possible en fonction de la nature et des capacités de chaque fabricant participant ; et
- b) ces vaccins, ces traitements et ces produits de diagnostic sont distribués en fonction des risques et des besoins en matière de santé publique, une attention particulière étant accordée aux besoins des pays en développement, et le réseau mondial de chaîne d'approvisionnement et de logistique mentionné à l'article 13 peut être utilisé à cette fin.

¹⁵ Le terme « fabricant participant » sera défini dans l'Instrument PABS.

7. L'Instrument PABS comprend aussi des dispositions sur le partage des avantages en cas d'urgence de santé publique de portée internationale déterminée conformément à l'article 12 du Règlement sanitaire international (2005), y compris des options pour l'accès à des vaccins, des traitements et des produits de diagnostic sûrs, de qualité et efficaces visant l'agent pathogène responsable de l'urgence de santé publique de portée internationale, conformément aux contrats juridiquement contraignants conclus entre les fabricants participants et l'Organisation mondiale de la Santé.
8. L'Instrument PABS prévoit en outre des dispositions supplémentaires sur le partage des avantages qui doivent figurer dans les contrats juridiquement contraignants signés avec l'Organisation mondiale de la Santé, y compris des options pour :
- a) le renforcement des capacités et l'assistance technique ;
 - b) la coopération en matière de recherche et de développement ;
 - c) la facilitation de l'accès aux vaccins, aux traitements et aux produits de diagnostic disponibles afin de faire face aux risques et aux événements de santé publique dans le contexte de l'article 13.3) du Règlement sanitaire international (2005) ;
 - d) l'octroi de licences non exclusives à des fabricants dans des pays en développement, aux fins de la production et de la livraison efficaces de vaccins, de traitements et de produits de diagnostic ; et
 - e) d'autres formes de transfert de technologies selon des modalités mutuellement convenues,¹⁶ y compris le transfert de connaissances, de compétences et d'expertise technique pertinentes.
9. Le présent article est sans préjudice de la prise en considération d'autres éléments pour le bon fonctionnement du Système PABS d'une manière juste, transparente, responsable et équitable.

Article 13. Chaîne d'approvisionnement et logistique

1. Il est institué par le présent Accord un « réseau mondial de chaîne d'approvisionnement et de logistique » (ci-après le « Réseau GSCL ») en vue d'élargir, de faciliter et de garantir un accès équitable, en temps opportun, sûr, rapide et abordable aux produits de santé liés aux pandémies, au bénéfice des pays qui en ont besoin pendant les urgences de santé publique de portée internationale – y compris les urgences dues à une pandémie –, ainsi que de s'efforcer d'éliminer les obstacles à cet égard, et afin de prévenir ces situations d'urgence. Le Réseau GSCL est mis en place, coordonné et convoqué par l'Organisation mondiale de la Santé dans le cadre d'une concertation étroite avec les Parties, l'Organisation mondiale de la Santé et les États Membres de l'Organisation mondiale de la Santé qui ne sont pas Parties et en partenariat avec les parties prenantes concernées, sous la supervision de la Conférence des Parties. Les Parties privilégient, selon qu'il convient, le partage des produits de santé liés aux pandémies par l'intermédiaire du Réseau GSCL pour une attribution équitable fondée sur les risques et les besoins en matière de santé publique, en particulier lors des urgences dues à une pandémie.

¹⁶ Voir la note de bas de page 8.

2. La Conférence des Parties définit, à sa première réunion, la structure, les fonctions et les modalités du Réseau GSCL, qui vise à assurer ce qui suit :

- a) la collaboration entre les Parties et les autres parties prenantes concernées pendant et entre les urgences dues à une pandémie ;
- b) les fonctions du Réseau GSCL sont assumées par les organisations les mieux placées pour les exercer ;
- c) la prise en compte des besoins des personnes en situation de vulnérabilité, y compris celles qui se trouvent dans des situations de fragilité et de crise humanitaire, et des besoins des pays en développement ;
- d) l'attribution équitable et en temps opportun des produits de santé liés aux pandémies, en fonction des risques et des besoins en matière de santé publique, y compris par l'achat auprès des installations visées à l'article 10 ; et
- e) la responsabilité, la transparence et l'inclusivité dans le fonctionnement et la gouvernance du Réseau GSCL, en veillant à une représentation équitable des Régions de l'Organisation mondiale de la Santé.

3. Les fonctions du Réseau GSCL sont notamment les suivantes, sous réserve d'une prise de décision ultérieure par la Conférence des Parties concernant d'autres tâches qui pourraient être confiées au Réseau GSCL :

- a) identifier les produits de santé liés aux pandémies et les sources de matières premières utiles ;
- b) identifier les obstacles qui entravent l'accès à ceux-ci ;
- c) estimer l'offre et la demande les concernant ;
- d) faciliter les achats de produits de santé liés aux pandémies et de matières premières utiles, y compris auprès des installations visées à l'article 10, pendant les urgences de santé publique de portée internationale, y compris les urgences dues à une pandémie ;
- e) coordonner les organismes d'achat concernés au sein du Réseau GSCL et les travaux de préparation aux pandémies ;
- f) promouvoir la transparence tout au long de la chaîne de valeur ;
- g) collaborer aux fins de la constitution de stocks, à la fois pendant les urgences dues à une pandémie et entre deux pandémies, afin, notamment, de promouvoir la création de stocks d'urgence internationaux et régionaux, de renforcer les stocks existants, de faciliter l'efficacité et l'efficience des opérations de stockage et d'accroître l'accès équitable et en temps opportun aux produits de santé liés aux pandémies ;
- h) déclencher et faciliter la mise à disposition rapide des produits de santé pertinents à partir des stocks internationaux en cas de flambées épidémiques, notamment pour les pays en développement, afin d'éviter qu'une flambée n'évolue en urgence de santé publique de portée internationale, y compris une urgence due à une pandémie ; et

i) faciliter l'accès équitable et en temps opportun aux produits de santé liés aux pandémies et s'efforcer d'éliminer les obstacles à cet égard, par l'attribution, la distribution, la livraison et l'aide à l'utilisation, y compris pour les produits fournis dans le cadre du Système PABS, pendant les urgences de santé publique de portée internationale, y compris les urgences dues à une pandémie, compte tenu particulièrement des besoins dans les situations de crise humanitaire.

4. La Conférence des Parties examine périodiquement les fonctions et les opérations du Réseau GSCL, y compris l'appui fourni par les Parties, les États Membres de l'Organisation mondiale de la Santé qui ne sont pas Parties à l'Accord de l'OMS sur les pandémies et les parties prenantes concernées, pendant et entre les urgences dues à une pandémie, et peut fournir d'autres orientations concernant son fonctionnement.

5. L'Organisation mondiale de la Santé, en tant qu'entité coordinatrice du Réseau GSCL, fait rapport à la Conférence des Parties à des intervalles déterminés par celle-ci.

Article 14. Approvisionnement et distribution

1. Chaque Partie s'efforce, selon qu'il convient, en cas de pandémie, conformément au droit et aux politiques nationaux et/ou internes, de publier les conditions pertinentes des accords d'achat qu'elle conclut avec les fabricants de produits de santé liés aux pandémies, dès que raisonnablement possible, et d'exclure les clauses de confidentialité qui servent à restreindre la divulgation de ces informations. Les Parties prennent des mesures pour encourager les mécanismes d'achat régionaux et mondiaux à faire de même.

2. Chaque Partie envisage, conformément au droit et aux politiques nationales et/ou internes, d'inclure, dans les accords d'achat financés par des fonds publics qu'elle conclut pour des produits de santé liés aux pandémies, des dispositions qui favorisent un accès équitable et en temps opportun, en particulier pour les pays en développement, telles que des dispositions concernant les dons, la modification de la livraison, l'octroi de licences et les plans d'accès mondiaux.

3. En cas de pandémie, chaque Partie envisage, en temps opportun, de réserver une partie de son approvisionnement total en produits de diagnostic, en traitements ou en vaccins utiles, ou de prendre les mesures nécessaires en vue de l'approvisionnement en ces produits, pour qu'ils soient utilisés dans les pays qui éprouvent des difficultés à répondre aux besoins et à la demande en matière de santé publique.

4. Les Parties reconnaissent qu'il est important de garantir que toute mesure commerciale d'urgence conçue pour faire face à une pandémie soit ciblée, proportionnée, transparente et temporaire, et ne crée pas d'obstacles inutiles au commerce ni de perturbations des chaînes d'approvisionnement.

5. Chaque Partie prend, selon qu'il convient, y compris avec l'appui du Réseau GSCL, des mesures pour promouvoir l'utilisation rationnelle et réduire le gaspillage des produits de santé liés aux pandémies, afin de favoriser et de faciliter la distribution, la livraison et l'administration efficaces à l'échelle mondiale des produits de santé liés aux pandémies.

6. En cas d'urgence due à une pandémie, chaque Partie devrait éviter de conserver des stocks nationaux de produits de santé liés aux pandémies qui dépassent inutilement les quantités estimées nécessaires pour la préparation et la riposte nationales aux pandémies.

7. Chaque fois que cela est possible et approprié, lorsqu'elle partage des produits de santé liés aux pandémies avec des pays, des organisations ou tout mécanisme appuyé par le Réseau GSCL, chaque Partie s'efforce : de fournir un produit qui ne fait l'objet d'aucune affectation préalable et qui est accompagné des accessoires requis, dont la durée de conservation est suffisante et qui est conforme aux besoins et aux capacités des bénéficiaires ; de fournir aux destinataires les dates d'expiration, les informations sur les accessoires requis et d'autres informations similaires ; de veiller à la coordination entre les Parties et avec tout mécanisme d'accès ; et de fournir le produit dans des volumes importants et de façon prévisible.

Article 15. Démarches faisant intervenir l'ensemble des pouvoirs publics et de la société

1. Les Parties sont encouragées à adopter des démarches faisant intervenir l'ensemble des pouvoirs publics et de la société au niveau national, y compris, en fonction de la situation nationale, pour faire en sorte que les communautés s'approprient leur capacité d'intervention et leur résilience à l'appui de la prévention, de la préparation et de la riposte face aux pandémies, et qu'elles y contribuent.
2. Chaque Partie est invitée instamment à établir ou à renforcer, et à maintenir, un mécanisme multisectoriel national de coordination pour la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies.
3. Chaque Partie, compte tenu de sa situation nationale :
 - a) encourage et favorise la mobilisation effective et constructive des peuples autochtones, des communautés, y compris des communautés locales le cas échéant, et des parties prenantes concernées, notamment par la participation sociale, dans le cadre d'une démarche faisant participer l'ensemble de la société à la planification, à la prise de décisions, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des politiques, des stratégies et des mesures, et offre également des possibilités de retour d'information ; et
 - b) prend des mesures appropriées pour atténuer les effets socioéconomiques des pandémies et renforcer les politiques nationales sociales et de santé publique, y compris celles ayant trait à la protection sociale, afin de pouvoir engager une riposte rapide, inclusive et résiliente face aux pandémies, en particulier pour les personnes en situation de vulnérabilité, y compris par la mobilisation du capital social des communautés pour un soutien mutuel.
4. Chaque Partie élabore, en fonction du contexte national et/ou interne, un ou des plans nationaux et régionaux, selon qu'il convient, complets et multisectoriels, de prévention, de préparation et de riposte face aux pandémies, applicables avant une pandémie, après celle-ci et entre deux pandémies, d'une manière transparente et inclusive qui favorise la collaboration avec les parties prenantes concernées.
5. Chaque Partie promeut et facilite, selon qu'il convient, conformément au droit et aux politiques au niveau national et/ou interne, l'élaboration et la mise en œuvre de programmes d'éducation et de mobilisation communautaire sur les urgences dues à une pandémie et les urgences de santé publique, avec la participation des parties prenantes concernées, d'une manière inclusive et accessible, y compris pour les personnes en situation de vulnérabilité.

Article 16. Communication et sensibilisation du public

1. Chaque Partie, selon qu'il convient, prend des mesures pour améliorer les connaissances de la population en matière de science, de santé publique et de pandémies, ainsi que l'accès à des informations transparentes, opportunes, exactes, fondées sur la science et les données probantes, sur les pandémies et leurs causes, leurs effets et leurs déterminants, ainsi que sur l'efficacité et l'innocuité des produits de santé liés aux pandémies, en particulier par la communication sur les risques et une mobilisation efficace des communautés.
2. Chaque Partie, selon qu'il convient, conduit des recherches et étaye, par des connaissances, les politiques sur les facteurs qui entravent ou favorisent l'adhésion aux mesures sociales et de santé publique en cas de pandémie ainsi que la confiance envers la science et les institutions, autorités et organismes de santé publique.
3. Aux fins des paragraphes 1 et 2 du présent article, l'Organisation mondiale de la Santé, selon qu'il convient, continue de fournir aux Parties qui en font la demande, en particulier aux pays en développement, un appui technique en matière de communication et de sensibilisation du public aux mesures liées aux pandémies.

Article 17. Coopération internationale et soutien à la mise en œuvre

1. Les Parties coopèrent, directement ou par l'intermédiaire des organisations internationales compétentes, sous réserve du droit national et/ou interne et des ressources disponibles, afin de renforcer durablement les capacités de prévention, de préparation et de riposte face aux pandémies de toutes les Parties, en particulier des pays en développement Parties. Cette coopération prévoit, notamment, la promotion du transfert de technologies selon des modalités mutuellement convenues,¹⁷ y compris le transfert des connaissances, des compétences et de l'expertise technique pertinentes et le partage des compétences techniques, scientifiques et juridiques, ainsi que l'assistance financière et le soutien au renforcement des capacités des Parties qui ne disposent pas des moyens et des ressources nécessaires pour mettre en œuvre les dispositions de l'Accord de l'OMS sur les pandémies, et elle est facilitée, selon qu'il convient, par l'Organisation mondiale de la Santé en collaboration avec les organisations compétentes, à la demande de la Partie, pour permettre le respect des obligations découlant du présent Accord.
2. Une attention particulière est accordée aux besoins spécifiques et à la situation des pays en développement Parties, en déterminant les moyens durables et prévisibles nécessaires pour faciliter la mise en œuvre des dispositions l'Accord de l'OMS sur les pandémies et en permettant l'accès à de tels moyens.
3. Les Parties collaborent et coopèrent en vue de la prévention, de la préparation et de la riposte face aux pandémies en renforçant et en améliorant la coopération entre les instruments et cadres juridiques concernés, et les organisations et parties prenantes compétentes, selon qu'il convient, en vue de la réalisation de l'objectif de l'Accord de l'OMS sur les pandémies, tout en coordonnant étroitement cet appui avec celui fourni en vertu du Règlement sanitaire international (2005).

¹⁷ Voir la note de bas de page 8.

Article 18. Financement durable

1. Les Parties renforcent, dans la mesure du possible, de façon transparente et inclusive, le financement de la mise en œuvre de l'Accord de l'OMS sur les pandémies, afin qu'il soit durable et prévisible.
2. À cet égard, chaque Partie, sous réserve du droit national et/ou interne et dans la limite des ressources dont elle dispose :
 - a) maintient ou accroît, selon que de besoin, le financement national de la prévention, de la préparation et de la riposte face aux pandémies ;
 - b) s'efforce de mobiliser des ressources financières supplémentaires afin d'aider les Parties, en particulier les pays en développement Parties, à mettre en œuvre l'Accord de l'OMS sur les pandémies, notamment au moyen de subventions ;
 - c) promeut, selon qu'il convient, dans le cadre des dispositifs de financement bilatéraux, régionaux et/ou multilatéraux pertinents, des mesures de financement novatrices, y compris des plans transparents de reprogrammation financière pour la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies, en particulier pour les pays en développement Parties confrontés à des contraintes budgétaires ; et
 - d) encourage des modèles inclusifs et responsables de gouvernance et de fonctionnement des entités financières existantes qui réduisent autant que possible la charge pesant sur les pays, améliorent l'efficacité et la cohérence à l'échelle voulue, accroissent la transparence et répondent aux besoins et aux priorités nationales des pays en développement.
3. Il est établi par le présent Accord un mécanisme de coordination financière (ci-après, le « Mécanisme ») en vue de promouvoir un financement durable pour la mise en œuvre de l'Accord de l'OMS sur les pandémies afin de soutenir le renforcement et l'élargissement des capacités de prévention, de préparation et de riposte face aux pandémies, et de contribuer à la disponibilité rapide des moyens financiers nécessaires à une intervention d'urgence dès le premier jour, en particulier dans les pays en développement Parties. Le Mécanisme de coordination financière établi en vertu du Règlement sanitaire international (2005) est utilisé en tant que mécanisme au service de la mise en œuvre de l'Accord de l'OMS sur les pandémies, selon des modalités définies par la Conférence des Parties. À cet égard, et aux fins de la mise en œuvre de l'Accord de l'OMS sur les pandémies :
 - a) le Mécanisme fonctionne sous l'autorité et la conduite de la Conférence des Parties et est responsable devant celle-ci ;
 - b) son fonctionnement peut être appuyé par une ou plusieurs entités internationales choisies par la Conférence des Parties. Celle-ci peut adopter les modalités de travail requises avec d'autres entités internationales ;
 - c) la Conférence des Parties adopte par consensus le mandat du Mécanisme et ses modalités de mise en service et de gouvernance en ce qui concerne la mise en œuvre de l'Accord de l'OMS sur les pandémies, dans un délai de 12 mois à compter de l'entrée en vigueur de l'Accord de l'OMS sur les pandémies.
4. Lorsqu'elle donne effet aux dispositions du paragraphe 3 du présent article, la Conférence des Parties demande notamment au Mécanisme :

- a) de procéder à des analyses pertinentes des besoins et des lacunes à l'appui de la prise de décisions stratégiques et d'élaborer tous les cinq ans une stratégie de financement et de mise en œuvre de l'Accord sur les pandémies, qui sera soumise à la Conférence des Parties pour examen ;
- b) de promouvoir l'harmonisation, la cohérence et la coordination pour le financement de la prévention, de la préparation et de la riposte face aux pandémies et des capacités connexes requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005) ;
- c) de recenser toutes les sources de financement disponibles pour soutenir la mise en œuvre de l'Accord de l'OMS sur les pandémies, et de tenir à jour un tableau de bord qui présente ces sources ainsi que des informations connexes et qui indique les fonds affectés aux pays à partir de ces sources ;
- d) de fournir aux Parties, sur demande, des conseils et un soutien afin qu'elles puissent trouver et demander des ressources financières pour consolider la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies ; et
- e) de mobiliser des contributions pécuniaires volontaires pour les organisations et les autres entités qui soutiennent la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies, en veillant à ce qu'elles ne fassent l'objet d'aucun conflit d'intérêts, auprès des parties prenantes concernées, en particulier celles qui sont actives dans les secteurs qui bénéficient de l'action internationale visant à renforcer la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies.

5. La Conférence des Parties prend les mesures appropriées pour donner effet au présent article, y compris en envisageant de recourir à des ressources financières supplémentaires pour appuyer la mise en œuvre du présent Accord de l'OMS sur les pandémies, au moyen de toutes les sources de financement existantes ou nouvelles, notamment des sources novatrices ou ne relevant pas de l'aide officielle au développement.

6. La Conférence des Parties examine périodiquement, selon qu'il convient, la stratégie de financement et de mise en œuvre de l'Accord de l'OMS sur les pandémies visée à l'alinéa a) du paragraphe 4 du présent article. Les Parties s'efforcent de se conformer à la stratégie susmentionnée, selon qu'il convient, lorsqu'elles apportent un soutien financier extérieur pour le renforcement de la prévention, de la préparation et de la riposte face aux pandémies.

Chapitre III. Dispositions institutionnelles et dispositions finales

Article 19. Conférence des Parties

1. Il est institué une Conférence des Parties.
2. La Conférence des Parties fait régulièrement le bilan de la mise en œuvre de l'Accord de l'OMS sur les pandémies, en examine le fonctionnement tous les cinq ans et prend les décisions nécessaires pour en promouvoir la mise en œuvre effective. À cette fin, elle prend des mesures, selon qu'il convient, pour atteindre l'objectif de l'Accord de l'OMS sur les pandémies, y compris en collaborant avec le Comité des États Parties pour l'application du Règlement sanitaire international (2005).

3. La première session de la Conférence des Parties est convoquée par l'Organisation mondiale de la Santé un an au plus tard après l'entrée en vigueur de l'Accord de l'OMS sur les pandémies. La Conférence des Parties décide, à sa première session, du lieu et du calendrier des sessions ordinaires ultérieures.
4. La Conférence des Parties peut créer des organes subsidiaires et en déterminer les conditions et les modalités, et peut aussi décider de déléguer des fonctions à des organes créés au titre d'autres accords adoptés en vertu de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, si elle le juge approprié.
5. La Conférence des Parties, à sa deuxième réunion, envisage et approuve la mise en place d'un mécanisme visant à faciliter et à renforcer la mise en œuvre effective des dispositions de l'Accord de l'OMS sur les pandémies. Ce faisant, la Conférence des Parties peut tenir compte d'autres mécanismes pertinents, y compris ceux prévus par le Règlement sanitaire international (2005).
6. Ce mécanisme :
 - a) est axé sur la facilitation, et fonctionne de manière transparente, coopérative, non accusatoire et non punitive, en tenant compte des circonstances propres à chaque pays ;
 - b) examine les rapports visés à l'article 21.1, et formule des recommandations non contraignantes, y compris sur le soutien à apporter à une Partie pour faciliter la mise en œuvre ;
 - c) fonctionne conformément au règlement intérieur/au mandat adoptés par consensus par la Conférence des Parties à sa deuxième réunion ; et
 - d) fait périodiquement rapport à la Conférence des Parties.
7. Des sessions extraordinaires de la Conférence des Parties peuvent se tenir à d'autres moments si la Conférence le juge nécessaire ou à la demande écrite d'une Partie, sous réserve que cette demande soit appuyée par un tiers au moins des Parties dans les six mois suivant sa communication par écrit à celles-ci par le Secrétariat. Ces sessions extraordinaires peuvent être convoquées au niveau des chefs d'État ou de gouvernement.
8. À sa première session, la Conférence des Parties adopte par consensus son règlement intérieur et les critères de participation des observateurs à ses travaux.
9. La Conférence des Parties adopte par consensus ses règles financières, qui s'appliquent aux organes subsidiaires qu'elle pourrait éventuellement créer, et examine à cette fin le Règlement financier et les Règles de gestion financière de l'Organisation mondiale de la Santé. Elle adopte par consensus un budget pour chaque exercice financier.

Article 20. Droit de vote

1. Chaque Partie à l'Accord de l'OMS sur les pandémies dispose d'une voix, sous réserve des dispositions du paragraphe 2 du présent article.
2. Une organisation d'intégration économique régionale qui est Partie à l'Accord de l'OMS sur les pandémies dispose, pour exercer son droit de vote dans les domaines relevant de sa compétence, d'un nombre de voix égal au nombre de ses États Membres qui sont Parties à l'Accord. Une telle organisation n'exerce pas son droit de vote si l'un de ses États Membres exerce le sien, et inversement.

Article 21. Rapports à la Conférence des Parties

1. Chaque Partie fait périodiquement rapport à la Conférence des Parties, par l'intermédiaire du Secrétariat, sur la mise en œuvre de l'Accord de l'OMS sur les pandémies. Le Secrétariat fait rapport à la Conférence des Parties sur ses activités relatives à la mise en œuvre de l'Accord de l'OMS sur les pandémies.
2. Les informations requises dans les rapports mentionnés au paragraphe 1 du présent article, ainsi que la fréquence et la forme de ces rapports, sont déterminées par la Conférence des Parties.
3. La Conférence des Parties adopte les mesures appropriées pour aider les Parties, à leur demande, à remplir les obligations que leur impose le présent article, en accordant une attention particulière aux besoins des pays en développement Parties.
4. La notification et l'échange d'informations par les Parties au titre de l'Accord de l'OMS sur les pandémies sont soumis aux dispositions du droit national et/ou interne, selon qu'il convient, relatives à la confidentialité et à la vie privée. Les Parties protègent, comme convenu entre elles, toute information confidentielle échangée.
5. Sous réserve des dispositions du paragraphe 4 du présent article, les rapports soumis conformément au présent article sont mis à la disposition du public en ligne par le Secrétariat.

Article 22. Secrétariat

1. Le Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé assure les fonctions de secrétariat de l'Accord de l'OMS sur les pandémies et s'acquitte des fonctions qui lui sont assignées au titre de l'Accord, ainsi que de celles qui pourront être déterminées par la Conférence des Parties. Lorsqu'il exerce ces fonctions, le Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé assure, sous l'autorité de la Conférence des Parties, la coordination nécessaire, selon qu'il convient, avec les organisations intergouvernementales internationales et régionales et autres organismes compétents.
2. Aucune disposition de l'Accord de l'OMS sur les pandémies ne doit être interprétée comme conférant au Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé, y compris au Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, le pouvoir d'orienter, d'ordonner, de modifier ou de prescrire de toute autre manière le droit national et/ou interne, selon qu'il convient, d'une Partie, ou de prescrire ou d'imposer de toute autre manière aux Parties de prendre des mesures spécifiques, telles que l'interdiction ou l'acceptation des voyageurs, l'instauration de l'obligation de vaccination ou de mesures thérapeutiques ou diagnostiques, ou la mise en place de mesures de confinement.

Article 23. Règlement des différends

1. Si un différend surgit entre deux Parties ou plus à propos de l'interprétation ou de l'application de l'Accord de l'OMS sur les pandémies, les Parties concernées s'efforcent de le régler par les voies diplomatiques, par la négociation ou par tout autre moyen pacifique de leur choix, y compris en recourant aux bons offices ou à la médiation d'un tiers ou à la conciliation. Dans le cas où elles ne parviennent pas à trouver une solution par les méthodes susmentionnées, les Parties au différend, si elles en conviennent par écrit, peuvent recourir à l'arbitrage conformément au Règlement de la Cour permanente d'arbitrage de 2012 (Règlement d'arbitrage de la CPA 2012) ou au règlement qui lui succède, sauf si elles en décident autrement.

2. Les dispositions du présent article s'appliquent aux Parties à tout protocole adopté en vertu de l'article 29 qui relève de l'Accord de l'OMS sur les pandémies, sauf si le protocole en dispose autrement.

Article 24. Relations avec d'autres accords internationaux

1. L'interprétation et l'application de l'Accord de l'OMS sur les pandémies sont guidées par la Charte des Nations Unies et la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé.

2. Les Parties reconnaissent que l'Accord de l'OMS sur les pandémies et le Règlement sanitaire international (2005) ainsi que les autres accords internationaux applicables devraient être interprétés de sorte à être compatibles.

3. Les dispositions de l'Accord de l'OMS sur les pandémies ne modifient en rien les droits et obligations d'une Partie découlant d'autres accords ou instruments juridiques internationaux.

Article 25. Réserves

Les Parties peuvent formuler des réserves à l'Accord de l'OMS sur les pandémies, sauf si celles-ci sont incompatibles avec l'objet et le but de l'Accord.

Article 26. Déclarations

1. L'article 25 n'empêche pas un État ou une organisation d'intégration économique régionale, lorsqu'il ou elle signe, ratifie, approuve, accepte l'Accord de l'OMS sur les pandémies ou y adhère, de faire des déclarations, quel qu'en soit le libellé ou l'appellation, en vue notamment d'harmoniser ses lois et ses règlements avec les dispositions de l'Accord de l'OMS sur les pandémies, à condition que ces déclarations ne visent pas à annuler ou à modifier les effets juridiques des dispositions de l'Accord dans leur application à cet État ou à cette organisation.

2. Une déclaration faite en vertu du présent article sera communiquée par le Dépositaire à toutes les Parties à l'Accord de l'OMS sur les pandémies.

Article 27. Amendements

1. Toute Partie peut proposer des amendements à l'Accord de l'OMS sur les pandémies, y compris à ses annexes, et ces amendements sont examinés par la Conférence des Parties.

2. La Conférence des Parties peut adopter des amendements à l'Accord de l'OMS sur les pandémies. Le texte de tout amendement proposé est communiqué par le Secrétariat aux Parties six mois au moins avant la session à laquelle son adoption est proposée. Le Secrétariat communique aussi les amendements proposés aux signataires de l'Accord de l'OMS sur les pandémies et, pour information, au Dépositaire.

3. Les Parties n'épargnent aucun effort pour adopter toute proposition d'amendement à l'Accord de l'OMS sur les pandémies par consensus. Si tous les efforts en ce sens sont restés vains et qu'aucun accord ne s'est dégagé, l'amendement peut être adopté en dernier recours par un vote à la majorité des trois quarts des Parties présentes et votantes à la session. Aux fins du présent article, on entend par Parties présentes et votantes les Parties qui sont présentes et qui votent pour ou contre. Tout amendement adopté est communiqué par le Secrétariat au Dépositaire, qui le transmet à toutes les Parties pour acceptation.

4. Les instruments d'acceptation des amendements sont déposés auprès du Dépositaire. Tout amendement adopté conformément au paragraphe 3 du présent article entre en vigueur, à l'égard des Parties l'ayant accepté, le quatre-vingt-dixième jour qui suit la date de réception, par le Dépositaire, des instruments d'acceptation des deux tiers au moins des Parties à l'Accord de l'OMS sur les pandémies à la date d'adoption de l'amendement.

5. Un amendement entre en vigueur à l'égard de toute autre Partie le quatre-vingt-dixième jour qui suit la date du dépôt par cette Partie, auprès du Dépositaire, de son instrument d'acceptation dudit amendement.

6. Aux fins du présent article, aucun des instruments déposés par une organisation d'intégration économique régionale ne doit être considéré comme venant s'ajouter aux instruments déjà déposés par les États Membres de ladite organisation.

Article 28. Annexes

1. Les annexes à l'Accord de l'OMS sur les pandémies font partie intégrante de celui-ci et, sauf disposition contraire expresse, toute référence à l'Accord de l'OMS sur les pandémies constitue en même temps une référence à ses annexes.

2. Les annexes à l'Accord de l'OMS sur les pandémies proposées après l'entrée en vigueur de celui-ci sont proposées et adoptées et entrent en vigueur selon la procédure décrite à l'article 27.

3. Nonobstant le paragraphe 2 du présent article, s'agissant des annexes de nature procédurale, scientifique, technique ou administrative, la Conférence des Parties peut décider que la procédure suivante s'applique :

a) toute Partie qui n'accepte pas une annexe ou un amendement à une annexe le notifie par écrit au Dépositaire dans les six mois qui suivent la date de communication par le Dépositaire de l'adoption de l'annexe, ou d'un amendement à celle-ci. Ce dernier informe sans délai toutes les Parties de toute notification reçue. Une Partie peut à tout moment accepter une annexe dont elle avait antérieurement notifié la non-acceptation, et cette annexe entre alors en vigueur à son égard ;

b) à l'expiration d'un délai de six mois à compter de la communication de l'adoption par le Dépositaire, l'annexe entre en vigueur à l'égard de toutes les Parties qui n'ont pas soumis de notification de non-acceptation conformément aux dispositions de l'alinéa a) du présent article.

4. Cette procédure s'applique également à tout amendement de nature procédurale, scientifique, technique ou administrative apporté à ces annexes.

Article 29. Protocoles

1. Toute Partie peut proposer des protocoles à l'Accord de l'OMS sur les pandémies. Ces propositions sont examinées par la Conférence des Parties.

2. La Conférence des Parties peut adopter des protocoles à l'Accord de l'OMS sur les pandémies. Les dispositions sur la prise de décisions figurant au paragraphe 3 du présent article s'appliquent alors mutatis mutandis.

3. Le texte de tout protocole proposé est communiqué par le Secrétariat aux Parties six mois au moins avant la session de la Conférence des Parties à laquelle son adoption est proposée.

4. Seules les Parties à l'Accord de l'OMS sur les pandémies peuvent être parties à un protocole audit Accord.
5. Tout protocole à l'Accord de l'OMS sur les pandémies n'a force obligatoire que pour les Parties au protocole en question. Seules les Parties à un protocole peuvent prendre des décisions sur des questions intéressant exclusivement ledit protocole.
6. Tout protocole à l'Accord de l'OMS sur les pandémies est interprété conjointement avec le présent Accord, compte tenu de l'objet dudit Accord et dudit protocole.
7. Les règles régissant l'entrée en vigueur de tout protocole, de même que les procédures d'amendement de tout protocole, sont définies par le protocole lui-même.

Article 30. Dénonciation

1. Après l'expiration d'un délai de deux ans à compter de la date d'entrée en vigueur de l'Accord de l'OMS sur les pandémies à l'égard d'une Partie, cette Partie peut dénoncer l'Accord de l'OMS sur les pandémies à tout moment par voie de notification écrite adressée au Dépositaire.
2. Cette dénonciation prend effet à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date à laquelle le Dépositaire en reçoit notification, ou à toute date ultérieure pouvant être spécifiée dans ladite notification.
3. La dénonciation n'affecte en rien le devoir d'une Partie de remplir toute obligation énoncée dans le présent Accord sur les pandémies à laquelle elle est soumise en vertu du droit international indépendamment de l'Accord.
4. Toute Partie qui aura dénoncé l'Accord de l'OMS sur les pandémies est réputée avoir dénoncé également tout protocole auquel elle est Partie, à moins que ledit protocole n'exige de ses Parties qu'elles le dénoncent formellement conformément aux dispositions pertinentes dudit protocole.

Article 31. Signature

1. L'Accord de l'OMS sur les pandémies est ouvert à la signature de tous les États et des organisations d'intégration économique régionale.
2. L'Accord de l'OMS sur les pandémies sera ouvert à la signature après l'adoption de l'annexe décrite à l'article 12.2 de cet Accord par l'Assemblée de la Santé, au Siège de l'Organisation mondiale de la Santé à Genève, puis au Siège de l'Organisation des Nations Unies à New York, à des dates que l'Assemblée de la Santé fixera.

Article 32. Ratification, acceptation, approbation, confirmation formelle ou adhésion

1. L'Accord de l'OMS sur les pandémies, y compris tout protocole y relatif, est soumis à la ratification, à l'acceptation, à l'approbation ou à l'adhésion de tous les États et à la confirmation formelle ou à l'adhésion des organisations d'intégration économique régionale. L'Accord de l'OMS sur les pandémies est ouvert à l'adhésion dès le lendemain du jour où il cesse d'être ouvert à la signature. Les instruments de ratification, d'acceptation, d'approbation, de confirmation formelle ou d'adhésion sont déposés auprès du Dépositaire.

2. Toute organisation d'intégration économique régionale qui devient Partie à l'Accord de l'OMS sur les pandémies, sans qu'aucun de ses États Membres n'en soit Partie, est liée par toutes les obligations qui découlent de cet Accord ou de tout protocole y relatif. Lorsqu'un ou plusieurs États Membres d'une de ces organisations d'intégration économique régionale sont Parties à l'Accord de l'OMS sur les pandémies, l'organisation d'intégration économique régionale et ses États Membres conviennent de leurs responsabilités respectives en ce qui concerne l'exécution des obligations qui sont les leurs en application de cet Accord. En pareil cas, l'organisation d'intégration économique régionale et ses États Membres ne sont pas habilités à exercer concurremment les droits découlant de l'Accord de l'OMS sur les pandémies.
3. Les organisations d'intégration économique régionale indiquent, dans leur instrument de confirmation formelle ou dans leur instrument d'adhésion, l'étendue de leur compétence dans les domaines régis par l'Accord de l'OMS sur les pandémies et par tout protocole y relatif. En outre, ces organisations informent le Dépositaire, qui en informe à son tour les Parties, de toute modification importante de l'étendue de leur compétence.

Article 33. Entrée en vigueur

1. L'Accord de l'OMS sur les pandémies entre en vigueur le trentième jour suivant la date du dépôt du soixantième instrument de ratification, d'acceptation, d'approbation, de confirmation formelle ou d'adhésion auprès du Dépositaire.
2. À l'égard de chacun des États qui ratifie, accepte ou approuve l'Accord de l'OMS sur les pandémies, ou y adhère après que les conditions énoncées au paragraphe 1 du présent article en ce qui concerne l'entrée en vigueur ont été remplies, l'Accord de l'OMS sur les pandémies entre en vigueur le trentième jour suivant la date du dépôt, par cet État, de son instrument de ratification, d'acceptation, d'approbation ou d'adhésion.
3. À l'égard de chacune des organisations d'intégration économique régionale qui dépose un instrument de confirmation formelle ou un instrument d'adhésion après que les conditions énoncées au paragraphe 1 du présent article en ce qui concerne l'entrée en vigueur ont été remplies, l'Accord de l'OMS sur les pandémies entre en vigueur le trentième jour suivant la date du dépôt, par cette organisation, de son instrument de confirmation formelle ou d'adhésion.
4. Aux fins du présent article, aucun instrument déposé par une organisation d'intégration économique régionale ne doit être considéré comme venant s'ajouter aux instruments déjà déposés par les États Membres de cette organisation.

Article 34. Dépositaire

Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies est le Dépositaire de l'Accord de l'OMS sur les pandémies, des amendements y relatifs et des protocoles et annexes adoptés conformément aux dispositions dudit Accord.

Article 35. Textes faisant foi

L'original de l'Accord de l'OMS sur les pandémies, dont les textes anglais, arabe, chinois, espagnol, français et russe font également foi, est déposé auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

Annexe 2

Texte amendé du Statut du personnel¹

[EB156/50 Rev.1, annexe – 30 janvier 2025]²

IX. Cessation de l'emploi

...

9.2 Le Directeur général peut résilier le contrat d'un membre du personnel conformément aux termes du contrat du membre du personnel concerné, si les nécessités du service exigent la suppression du poste ou une réduction de personnel, si les services du membre du personnel ne donnent pas satisfaction, si le membre du personnel refuse une mutation équitable ou néglige d'y donner suite, si, en raison de son état de santé, le membre du personnel n'est plus capable de remplir ses fonctions, ou si des faits qui auraient empêché son engagement sont mis au jour.

¹ Texte amendé conformément à la résolution WHA78.23 (2025).

² Voir également le document A78/4.

Annexe 3

Processus à suivre pour traiter les éventuelles allégations à l'encontre d'un Directeur général ou d'une Directrice générale de l'OMS, et pour enquêter à leur sujet¹

[A78/5, Appendice A à l'annexe – 6 mai 2025]

- A. Principes et considérations clés**
- B. Processus**
- C. Création d'une liste d'entités d'enquête externes**
- D. Dispositions spécifiques**

A. Principes et considérations clés

Le processus a été établi sur la base des principes et considérations clés suivants,² sur lesquels les États Membres ont convergé dans le cadre des consultations du Comité consultatif indépendant d'experts de la surveillance (ci-après le « Comité ») et depuis lors, à savoir :

- a) il faut garantir l'indépendance complète du processus d'enquête, sans politisation ni ingérence dans la conduite ou les conclusions de l'enquête ;
- b) toute enquête devrait être menée par une entité indépendante extérieure au Secrétariat, afin d'éviter les conflits d'intérêts réels ou perçus ;
- c) il faut offrir les garanties d'une procédure régulière au Directeur général ou à la Directrice générale, maintenir la confidentialité et protéger les droits de toutes les parties concernées ;
- d) il faut garantir le pouvoir décisionnel des organes directeurs, en particulier en ce qui concerne la mise en œuvre des conclusions étayées d'une enquête, tout en maintenant un équilibre entre la confidentialité et la transparence du processus ; et
- e) il convient de considérer que l'enquête est une science et une discipline à part entière qui devrait reposer sur des équipes d'enquête professionnelles et être mise en pratique par ces dernières.

¹ Voir la décision WHA78(8).

² Voir le document EBPBAC38/2, annexe, paragraphe 52.

B. Processus

B.1 Signalement des cas de faute grave présumés

1.1 N'importe qui, quelle que soit sa relation avec l'OMS, peut signaler des allégations de faute grave potentielle concernant le Directeur général ou la Directrice générale.

1.2 Les signalements peuvent être effectués par l'intermédiaire du service de signalement des problèmes d'intégrité de l'OMS ou du Bureau des services de contrôle interne de l'OMS.³ Il est également possible de signaler tout soupçon de faute grave directement aux présidences du Comité ou du Conseil exécutif. En outre, toute personne ayant l'obligation de signaler une faute grave, y compris en vertu du cadre réglementaire et des politiques de l'OMS, doit signaler tout soupçon d'acte répréhensible comme il se doit.

1.3 Sans pour autant dissuader toute personne de présenter une allégation, le Bureau des services de contrôle interne devrait, dans la mesure du possible, veiller à ce que les rapports d'allégations de faute grave contiennent des informations suffisantes pour permettre une évaluation initiale appropriée, notamment :

- a) une description détaillée de la faute grave présumée ;
- b) l'heure et le lieu de la faute grave présumée ;
- c) le nom de l'ensemble des témoins potentiels de la faute grave présumée ; et
- d) toutes les pièces justificatives disponibles.

1.4 Toute allégation mensongère de faute grave à l'encontre du Directeur général ou de la Directrice générale, présentée sciemment et intentionnellement par un membre du personnel de l'OMS, pourra être considérée comme une faute grave et traitée comme telle, conformément au Statut du personnel et au Règlement du personnel de l'OMS. Toute allégation mensongère présentée par des parties extérieures pourra faire l'objet d'une action en justice.

1.5 Ces procédures sont conçues pour être compatibles avec le Cadre de responsabilisation de l'OMS et toute politique et tout protocole applicables en matière de partage d'informations externes et de signalement d'allégations de faute grave. Aucune de ces procédures n'empêche une personne de signaler un soupçon d'activité illégale aux autorités nationales compétentes, y compris aux organismes chargés de l'application de la loi.

1.6 Si le recours à une autorité nationale est recommandé par le Comité ou par l'entité d'enquête externe (définie à la Section C.1), le Conseiller ou la Conseillère juridique de l'OMS examine la recommandation et décide s'il y a lieu de procéder à ce recours. Si l'affaire est renvoyée à une autorité nationale, le Conseiller ou la Conseillère juridique en informe le Président ou la Présidente du Comité et/ou le Président ou la Présidente du Conseil exécutif, en tenant compte du fait que cette information est strictement confidentielle afin de préserver l'intégrité de l'enquête et la régularité de la procédure.

³ Remarque : En interne, toute faute grave est signalée au Bureau des services de contrôle interne soit directement, soit par l'intermédiaire du service de signalement des problèmes d'intégrité. Si une faute grave est signalée au Bureau d'éthique de l'OMS, aux Ressources humaines de l'OMS, à un supérieur ou une supérieure hiérarchique ou à tout autre membre du personnel de l'OMS, ces entités sont tenues de transmettre immédiatement le rapport au Bureau des services de contrôle interne.

B.2 Phase I de l'examen préliminaire : réception et détermination *prima facie*

2.1 Toutes les allégations reçues par les canaux prévus à la clause B.1.2 sont immédiatement communiquées au Bureau des services de contrôle interne. Ce dernier signale immédiatement toutes les allégations reçues au Président ou à la Présidente du Comité.

2.2 Le Directeur ou la Directrice du Bureau des services de contrôle interne enregistre rapidement toutes les allégations reçues et procède sans délai à un examen *prima facie*⁴ afin de déterminer s'il y a lieu de procéder à une analyse plus approfondie.

2.3 Si le Bureau des services de contrôle interne estime, à première vue, que l'allégation, telle qu'elle est présentée, ne nécessite pas une analyse plus approfondie, il classe rapidement l'affaire, fait part de cette décision au Président ou à la Présidente du Comité et informe le requérant ou la requérante de la décision de classer l'affaire.

2.4 Si le Bureau des services de contrôle interne estime, à première vue, qu'une analyse plus approfondie est justifiée, celle-ci sera menée par une entité d'enquête externe.

2.5 Le Comité inclut dans ses rapports courants au Comité du programme, du budget et de l'administration des statistiques sommaires concernant les affaires qui ont été classées, notamment :

- a) le nombre total d'allégations reçues ;
- b) le nombre d'allégations classées à chaque étape ; et
- c) le type de faute grave dénoncée.

Il convient, dans ces rapports, d'éviter d'annoncer prématurément la mise en œuvre du processus conformément aux clauses B.3.7, B.3.9 ou B.4.2 ci-dessous.

B.3 Phase II de l'examen préliminaire : analyse plus approfondie

3.1 Si le Bureau des services de contrôle interne estime, à la suite d'une détermination *prima facie*, qu'une analyse plus approfondie de l'allégation se justifie : 1) il en informe le Bureau du Conseil exécutif (Président ou Présidente, Vice-Présidents ou Vice-Présidentes et rapporteur ou rapporteuse) ; 2) il en informe le Président ou la Présidente du Comité ; et 3) il renvoie l'affaire, accompagnée de tout document justificatif et de la justification de la détermination *prima facie* du Bureau des services de contrôle interne, à une entité d'enquête externe issue d'une liste, comme prévu au chapitre C ci-dessous, pour une analyse plus approfondie.

3.2 **Sélection sur une liste d'entités d'enquête externes.** L'entité d'enquête externe retenue pour enquêter sur une allégation donnée doit être la plus appropriée eu égard à la nature de la faute grave présumée. Le Bureau des services de contrôle interne désignera une seule entité inscrite sur la liste en se fondant sur les critères suivants (évalués au moment de l'allégation) :

- a) **Critères essentiels.** Ils doivent tous être respectés :
 - i) l'entité sélectionnée doit déclarer qu'elle dispose de capacités suffisantes pour entreprendre et mener à bien une enquête pour faute grave à l'encontre d'un Directeur général ou d'une Directrice générale de l'OMS ;

⁴ La détermination *prima facie* ordinaire est fondée sur les procédures appliquées aux allégations de faute grave concernant le personnel de l'OMS, dans la mesure où elles s'appliquent au Directeur général ou à la Directrice générale, donc conformément aux conditions d'emploi du Directeur général ou de la Directrice générale, et l'examen cherche à déterminer si l'on dispose de suffisamment d'informations pour considérer que l'allégation est crédible.

- ii) l'entité sélectionnée doit déclarer qu'elle n'a toujours pas de conflit d'intérêts réel ou perçu lorsqu'elle entreprend une enquête sur le Directeur général ou la Directrice générale de l'OMS ou sur l'OMS en tant qu'organisation (évaluation au moment où l'entité a été inscrite sur la liste) ;
- iii) la personne qui dirige l'entité ne doit pas elle-même faire l'objet d'une enquête ;
- iv) l'OMS ne doit pas être impliquée dans une enquête visant la personne qui dirige l'entité.

b) **Critères souhaitables.** Si plusieurs entités figurant sur la liste satisfont aux critères essentiels, elles seront alors classées par ordre de priorité en fonction du nombre de critères souhaitables auxquels elles satisfont parmi les critères suivants :

- i) selon les déclarations de la personne qui la dirige, l'entité dispose d'un personnel spécialisé dans les enquêtes sur le type de faute grave présumée (par exemple, exploitation, abus et harcèlement sexuels) ;
- ii) selon les déclarations de la personne qui la dirige, l'entité dispose d'un personnel dont les compétences en matière d'enquête sont particulièrement pertinentes pour enquêter sur ce type de faute grave ;
- iii) selon les déclarations de la personne qui la dirige, l'entité dispose d'un personnel ayant l'expérience des enquêtes sur ce type de faute grave ;
- iv) l'entité ne mène pas d'enquêtes sur les chefs ou cheffes de secrétariat d'un autre organisme des Nations Unies ;
- v) la personne qui dirige l'entité d'enquête externe (selon ses propres déclarations) n'a pas travaillé pour l'OMS pendant le mandat du Directeur général ou de la Directrice générale en exercice ou pour cette personne à un autre titre.

c) Si, sur la base des critères ci-dessus, deux ou plusieurs entités conviennent tout autant, le Secrétariat de l'OMS affinera cette liste restreinte pour déterminer la meilleure entité en fonction de la disponibilité, de l'efficacité, de la qualité et du rapport qualité/prix.

3.3 Si une entité d'enquête externe n'est pas en mesure, à un moment ou à un autre, de poursuivre sa mission d'enquête, elle doit en informer le Président ou la Présidente du Comité. Si ce dernier ou cette dernière estime qu'une nouvelle entité d'enquête est nécessaire, il ou elle en informe le Bureau du Conseil et recommande au Bureau des services de contrôle interne de sélectionner une nouvelle entité d'enquête externe sur la liste, conformément à la procédure décrite à la clause B.3.2. L'entité d'enquête externe initiale transmet alors à la deuxième entité le dossier accompagné de tous les documents pertinents.

3.4 Une fois que le Bureau des services de contrôle interne a sélectionné une entité d'enquête externe sur la liste, et avant que cette entité ne soit formellement chargée d'enquêter sur l'allégation en question, le Bureau des services de contrôle interne fournit au Président ou à la Présidente du Comité un rapport décrivant les étapes de la sélection de cette entité, y compris des informations détaillées sur les entités éliminées et le stade de la procédure auquel elles l'ont été.

Si le Président ou la Présidente du Comité juge que les critères n'ont pas été appliqués de la manière décrite dans la procédure, il ou elle peut demander au Bureau des services de contrôle interne de revoir l'application des critères. Dans ce cas, il ou elle en informe immédiatement le Bureau du Conseil exécutif.

Les rapports courants que le Comité soumet au Comité du programme, du budget et de l'administration comprennent également des statistiques sommaires sur le nombre de fois où le Président ou la Présidente du Comité a fait une telle demande au Bureau des services de contrôle interne, pour des affaires déjà classées au moment de la rédaction de ces rapports.

3.5 L'entité d'enquête externe sélectionnée est exclusivement habilitée à recueillir et à évaluer toutes les informations qu'elle juge pertinentes au regard de l'allégation ou des allégations, y compris auprès d'entités liées à l'OMS comme le Comité.

Dans un délai de trois semaines calendaires, l'entité procède à une analyse complémentaire afin de déterminer si une enquête approfondie se justifie.

Si l'entité conclut qu'elle n'est pas en mesure de recueillir suffisamment d'informations dans le délai imparti, elle informe le Président ou la Présidente du Comité qu'elle a besoin d'un délai supplémentaire, et indique la durée de ce délai, qui peut aller jusqu'à trois semaines calendaires.

Le Président ou la Présidente du Comité enregistre chaque prolongation de la période d'examen préliminaire et, une fois que l'affaire est classée ou clôturée, inclut cette information dans ses rapports courants au Comité du programme, du budget et de l'administration.

3.6 Les facteurs permettant de déterminer si une allégation nécessite une enquête approfondie sont les facteurs existants prévus dans le Manuel de l'OMS pour les enquêtes et toute disposition applicable des Principes et lignes directrices uniformes en matière d'enquête⁵ ou d'autres dispositions applicables à ces fins aux enquêtes portant sur les membres du personnel de l'OMS, dans la mesure où ces facteurs et dispositions peuvent raisonnablement s'appliquer au Directeur général ou à la Directrice générale.

3.7 Le Comité évaluera si le processus entrepris par l'entité d'enquête externe (pour déterminer s'il y a lieu de classer une affaire ou de procéder à une enquête approfondie, y compris d'établir les faits et de collecter des éléments de preuve) était conforme aux procédures d'enquête de l'OMS et aux dispositions applicables des Principes et lignes directrices uniformes en matière d'enquête. Si le Comité relève des anomalies ou des incohérences dans le processus, il fournira des précisions sur cette évaluation à l'entité d'enquête externe, qui pourra y remédier et, au besoin, faire rapport sur toute constatation nouvelle ou modifiée au Comité. Le Comité déterminera également s'il y a lieu de prendre des mesures administratives internes à l'OMS (voir la clause B.4.1).

3.8 Sans préjudice des dispositions de la clause B.3.7 relatives aux rapports, l'entité d'enquête externe préserve à tout moment la stricte confidentialité des informations qu'elle reçoit dans le cadre de l'examen préliminaire.

3.9 Dans le cas où a) l'examen préliminaire mené par l'entité d'enquête externe conclut qu'une enquête approfondie n'est pas justifiée ; et b) l'évaluation par le Comité confirme qu'une procédure d'enquête régulière a été suivie, l'affaire est classée. Les rapports courants que le Comité soumet au Comité du programme, du budget et de l'administration comprendront une entrée détaillée par affaire, distincte des statistiques sommaires, indiquant la date à laquelle l'allégation a été formulée, la date à laquelle l'affaire a été classée et le type de faute grave dénoncée.

3.10 Dans le cas où a) il ressort de l'examen préliminaire mené par l'entité d'enquête externe qu'une enquête approfondie est justifiée ; et b) l'évaluation par le Comité confirme qu'une procédure d'enquête régulière a été suivie et préconise de procéder à une enquête approfondie, le Président ou

⁵ Principes et lignes directrices uniformes pour les enquêtes, 2^e édition. Conférence des enquêteurs internationaux (2009) (consulté le 22 novembre 2024).

la Présidente du Comité soumettra le résumé de l'examen préliminaire mené par l'entité d'enquête externe ainsi que l'évaluation et la recommandation du Comité au Bureau du Conseil exécutif.⁶

3.11 Dans le cas où a) il ressort de l'examen préliminaire mené par l'entité d'enquête externe qu'une enquête approfondie est justifiée ; et b) l'évaluation par le Président ou la Présidente du Comité confirme qu'une procédure d'enquête régulière a été suivie et préconise de procéder à une enquête approfondie, l'affaire fera l'objet d'une enquête approfondie, à moins que le Bureau du Conseil exécutif fasse part de graves préoccupations concernant le déroulement de l'examen préliminaire et de l'évaluation du Comité et recommande au Conseil exécutif de ne pas procéder à une enquête approfondie, conformément à la clause B.3.12.

3.12 Dans le cas où a) il ressort de l'examen préliminaire mené par l'entité d'enquête externe qu'une enquête approfondie est justifiée ; b) l'évaluation par le Comité confirme qu'une procédure d'enquête régulière a été suivie et préconise de procéder à une enquête approfondie ; et c) le Bureau du Conseil exécutif fait part de graves préoccupations concernant l'examen préliminaire mené par l'entité d'enquête externe ainsi que l'évaluation et la recommandation du Comité, le Bureau du Conseil peut recommander au Conseil exécutif de ne pas procéder à une enquête approfondie. Cette recommandation sera le fruit d'un consensus et sera formulée en présence de l'ensemble des membres du Bureau (six personnes).⁷ Dans le cas où il serait impossible de parvenir à un consensus, la décision sera prise à la majorité des deux tiers (conformément à l'article 49 du Règlement intérieur du Conseil exécutif). Il sera procédé à un vote au scrutin secret. Les membres du Bureau motiveront et soumettront leur recommandation de ne pas procéder à une enquête approfondie au Conseil exécutif pour examen lors d'une séance restreinte.

3.13 Une séance restreinte du Conseil exécutif sera convoquée sans délai⁸ pour que le Conseil décide par consensus s'il y a lieu de suivre la recommandation du Bureau du Conseil et de clore l'affaire. La séance restreinte sera organisée de manière à garantir une procédure régulière, à protéger les droits de toutes les parties concernées, y compris le Directeur général ou la Directrice générale, et à garantir l'absence d'ingérence dans le processus.⁹ Dans le cas où il serait impossible de parvenir à un consensus, la décision sera prise à la majorité des deux tiers (conformément à l'article 49 du Règlement intérieur du Conseil exécutif). Il sera procédé à un vote au scrutin secret. En l'absence de consensus ou de majorité des deux tiers en faveur de la recommandation du Bureau et du classement de l'affaire, une enquête approfondie sera menée. Le Président ou la Présidente du Conseil exécutif pourra demander au Président ou à la Présidente du Comité de participer à la séance restreinte.

3.14 Le résultat de la décision sera consigné dans les rapports courants que le Comité soumet au Comité du programme, du budget et de l'administration.

3.15 Les membres du Bureau du Conseil, en concertation avec le Président ou la Présidente du Comité, décideront du moment où le Directeur général ou la Directrice générale sera informé d'une enquête en cours.

⁶ Si des éclaircissements sont nécessaires, le Bureau du Conseil exécutif se rapprochera du Président ou de la Présidente du Comité, et de l'entité d'enquête externe par l'intermédiaire du Président ou de la Présidente du Comité, selon qu'il convient.

⁷ Compte tenu du caractère sensible de l'affaire, les suppléantes et suppléants ne sont pas considérés comme présents.

⁸ Aux fins de ces procédures, un amendement au Règlement intérieur du Conseil exécutif sera nécessaire pour autoriser le Président ou la Présidente du Conseil exécutif à convoquer une séance restreinte dudit Conseil.

⁹ À savoir : documents communiqués suivant le principe du besoin d'en connaître, signature d'accords de confidentialité, etc.

B.4 Mesures provisoires

4.1 S'il ressort de l'examen préliminaire qu'une enquête approfondie est justifiée, le Président ou la Présidente du Comité peut,¹⁰ en fonction de la nature des allégations, recommander au Bureau du Conseil exécutif d'appliquer certaines mesures provisoires, qui pourraient inclure le placement du Directeur général ou de la Directrice générale en congé administratif avec ou sans traitement, ou d'autres mesures, selon ce qu'il juge nécessaire si le Directeur général ou la Directrice générale continue d'exercer ses fonctions. Les facteurs à prendre en considération dans de tels cas peuvent être les suivants :

- a) la nécessité de préserver l'intégrité de l'enquête ;
- b) la nécessité de protéger le personnel, y compris le requérant ou la requérante, ou les témoins potentiels ; ou
- c) la question de savoir si la poursuite de l'exercice des fonctions aurait un impact négatif majeur ou constituerait un risque grave, réel ou perçu, pour la réputation de l'Organisation.

4.2 Si le Bureau du Conseil décide, conformément à la clause B.4.1 (éventuellement en concertation avec l'ensemble du Conseil exécutif, s'il considère qu'une telle information ne risque pas d'interférer avec la conduite de l'enquête approfondie), d'appliquer des mesures provisoires, l'une des deux mesures suivantes s'appliquera en lieu et place de celles prévues à la clause B.3.15 :

- a) Si les mesures provisoires ne prévoient pas le placement du Directeur général ou de la Directrice générale en congé administratif, le Président ou la Présidente du Conseil exécutif informe le Président ou la Présidente de l'Assemblée mondiale de la Santé et le Directeur général ou la Directrice générale de l'enquête en cours et de ces mesures provisoires, en prenant dûment en considération les conséquences sur la conduite de l'enquête approfondie.
- b) Si les mesures provisoires comprennent la mise en congé administratif du Directeur général ou de la Directrice générale, le Président ou la Présidente du Conseil exécutif informe le Président ou la Présidente de l'Assemblée mondiale de la Santé et le Directeur général ou la Directrice générale de l'enquête en cours et de cette mesure provisoire.

Le Bureau du Conseil exécutif, en s'appuyant sur l'avis du Président ou de la Présidente du Comité et du Conseiller ou de la Conseillère juridique, sur demande, décide s'il convient d'informer l'ensemble du Conseil exécutif, ou tous les États Membres, ou ni l'un ni les autres, et, dans l'affirmative, de quelle manière, en prenant dûment en considération les conséquences sur la conduite de l'enquête approfondie.

B.5 Enquête approfondie

5.1 Au sein d'une entité d'enquête externe, l'équipe d'enquête prenant part à l'examen préliminaire n'est pas autorisée à mener également l'enquête approfondie sur laquelle cet examen peut déboucher. Si une entité n'est pas en mesure de mener à bien une enquête approfondie conformément à cette exigence, la procédure décrite à la clause B.3.3 s'applique pour choisir une entité d'enquête externe de remplacement.

¹⁰ Voir la clause B.3.7.

5.2 L'entité d'enquête externe doit pouvoir accéder directement et rapidement à l'ensemble des dossiers, documents ou autres informations en possession de l'Organisation, à l'exception des dossiers confidentiels conservés par les fonctions indépendantes de contrôle interne de l'OMS¹¹ et le Bureau du Conseiller ou de la Conseillère juridique et obtenus dans l'exercice de leurs fonctions officielles, conformément aux exigences en vigueur en matière d'indépendance et de confidentialité.

5.3 Le Directeur général ou la Directrice générale et tout membre du personnel de l'OMS disposant d'informations présentant un intérêt pour une enquête dûment autorisée sont tenus de coopérer pleinement à toute demande en ce sens provenant de l'entité d'enquête externe. Tout refus de coopérer pourra être considéré comme une faute grave.

5.4 Le cas échéant, les documents obtenus auprès des autorités nationales ou d'organisations ou personnes extérieures peuvent être intégrés au dossier d'enquête.

5.5 L'équipe d'enquête rend compte de ses constatations et conclusions directement au Président ou à la Présidente du Comité à des fins de contrôle de la qualité.

B.6 Rapport d'enquête : premières mesures à prendre

6.1 Le Président ou la Présidente du Comité informera le Bureau du Conseil des conclusions de l'enquête et transmettra le rapport d'enquête, ainsi que les observations et les conseils du Comité, dont une évaluation visant à déterminer si le processus suivi par l'entité d'enquête externe en vue d'établir le bien-fondé de l'allégation était conforme aux procédures d'enquête de l'OMS et aux dispositions applicables des Principes et lignes directrices uniformes en matière d'enquête.

Dès réception du rapport d'enquête, le Bureau du Conseil examinera tous ces documents et décidera s'il y a lieu de classer l'affaire ou d'engager une procédure disciplinaire. Le Bureau du Conseil pourra demander l'avis du Comité au sujet des conclusions.

6.2 Si le Bureau du Conseil exécutif décide de classer l'affaire, ses membres étayeront leur décision et expliqueront les raisons de ce classement. Le Comité consignera le classement de l'affaire dans ses rapports courants au Comité du programme, du budget et de l'administration.

6.3 Si le Bureau du Conseil exécutif décide d'engager une procédure disciplinaire, le Président ou la Présidente du Conseil l'engagera (rédaction d'une lettre de notification des accusations) et notifiera les accusations au Directeur général ou à la Directrice générale en vertu de l'article 1130 du Règlement du personnel ; il ou elle lui accordera huit jours calendaires pour formuler une réponse écrite.

B.7 Poursuite de la procédure à la suite des enquêtes

7.1 Après avoir reçu la réponse aux accusations, le Président ou la Présidente du Conseil exécutif communiquera les conclusions et la réponse du Directeur général ou de la Directrice générale à l'ensemble du Conseil exécutif lors d'une séance restreinte, en session ordinaire ou extraordinaire, normalement au plus tard 30 jours calendaires après réception de la réponse du Directeur général ou de la Directrice générale aux accusations, en tenant dûment compte des procédures prévues par le Règlement intérieur du Conseil exécutif. Le Conseil exécutif pourra demander l'avis du Comité au sujet des conclusions. Il pourra également solliciter l'avis du Secrétariat par l'intermédiaire d'une équipe spéciale de l'OMS détachée à cette fin, comme cela est prévu au chapitre D.

¹¹ Il est ici question du Bureau de la conformité, de la gestion des risques et de l'éthique et du Bureau des services de contrôle interne.

7.2 Après réception du rapport d'enquête et de la réponse du Directeur général ou de la Directrice générale aux accusations, le Conseil exécutif indiquera à l'Assemblée de la Santé, qui sera décisionnaire, si la faute grave a été établie et, dans l'affirmative, lui recommandera d'imposer toute mesure disciplinaire prévue dans les conditions d'emploi du Directeur général ou de la Directrice générale, notamment la résiliation de son contrat.

7.3 À l'occasion d'une session ordinaire ou extraordinaire de l'Assemblée de la Santé, l'Assemblée donnera au Directeur général ou à la Directrice générale la possibilité de répondre aux accusations en personne lors d'une séance privée (en plus de toute réponse écrite fournie précédemment), et ce dès que possible.

7.4 L'Assemblée de la Santé décidera, sur la base du rapport de l'enquête approfondie,¹² de toutes les pièces justificatives et des réponses apportées par le Directeur général ou la Directrice générale, si la faute grave a été établie et, dans l'affirmative, des éventuelles mesures disciplinaires et/ou administratives appropriées à appliquer.

7.5 Le Président ou la Présidente de l'Assemblée mondiale de la Santé informera officiellement, par écrit et dans les meilleurs délais, le Directeur général ou la Directrice générale des éventuelles mesures prises, avec copie au Président ou à la Présidente du Conseil exécutif, au Président ou à la Présidente du Comité, aux Directeurs généraux adjoints et Directrices générales adjointes de l'OMS et au Chef ou à la Cheffe de cabinet.

7.6 Toutes les informations examinées, communiquées ou produites dans le cadre de ce processus sont strictement confidentielles et ne peuvent être divulguées que conformément aux lignes directrices pertinentes énoncées dans le présent document. Les plaintes et les informations connexes rapportées ou examinées conformément à ce processus doivent être traitées avec la plus grande confidentialité à toutes les étapes de celui-ci, y compris les décisions ou mesures communiquées par le Président ou la Présidente de l'Assemblée mondiale de la Santé. Ce devoir de confidentialité s'applique sans exception aux membres du personnel, aux autres personnes travaillant pour l'Organisation, aux membres des organes consultatifs ou d'enquête, aux États Membres, ainsi qu'à toute personne participant aux réunions, aux communications ou aux actions ultérieures découlant du processus. Seules les personnes ou les organismes autorisés, tels que définis dans le processus, seront autorisés à accéder aux informations pertinentes afin d'assurer le respect des exigences de confidentialité à chaque étape du processus.

7.7 L'Assemblée de la Santé est habilitée à demander le recouvrement de toute perte financière subie par l'Organisation, conformément à l'article 1112 du Règlement du personnel.

B.8 Recours

8.1 Le Directeur général ou la Directrice générale peut contester une décision de l'Assemblée de la Santé uniquement devant le Tribunal administratif de l'Organisation internationale du travail, conformément à l'article 1240 du Règlement du personnel et aux dispositions du Statut du Tribunal.¹³

¹² Le Conseil exécutif, en concertation avec le Bureau du Conseiller ou de la Conseillère juridique et le Comité consultatif indépendant d'experts de la surveillance, peut expurger les informations contenues dans le rapport dans la mesure où cela est strictement nécessaire pour protéger l'anonymat des personnes mentionnées dans le rapport.

¹³ Aucun recours portant sur les articles 1225 (Révision administrative) et 1230 (Comité d'appel mondial) du Règlement du personnel et les dispositions du Comité consultatif mondial des plaintes officielles pour comportements abusifs ne s'applique dans la mesure où le Directeur général ou la Directrice générale est responsable de ces dispositifs.

C. Création d'une liste d'entités d'enquête externes

1. Pour être inscrites sur la liste, les entités d'enquête externes doivent répondre aux critères suivants :
 - a) l'entité assure la fonction d'enquête du Bureau de contrôle interne d'une entité des Nations Unies, par exemple la fonction d'enquête interne d'une autre institution spécialisée des Nations Unies ou du Bureau des services de contrôle interne des Nations Unies ;
 - b) toute enquête sur le Directeur général ou la Directrice générale de l'OMS ou sur l'OMS en tant qu'organisation n'entraîne aucun conflit d'intérêts réel ou perçu pour l'entité ;
 - c) l'entité doit avoir conclu un mémorandum d'accord avec l'OMS avant la réception de l'allégation appelant une enquête. Ce mémorandum d'accord devrait prévoir, entre autres, les services d'enquête à fournir, les obligations de signalement de l'entité, les délais d'enquête et d'établissement de rapports requis, l'accès de l'entité d'enquête externe au conseil juridique interne et au contrôle de la qualité, et les exigences en matière de confidentialité, comme le prévoient les présentes procédures ;
 - d) l'entité doit s'engager à respecter des normes strictes de confidentialité et être en mesure de le faire.
2. Le Comité examinera le caractère approprié d'une éventuelle entité d'enquête externe donnée et celle du mémorandum d'accord correspondant, et donnera son avis à ce sujet, afin de s'assurer de leur conformité avec ces dispositions.
3. Le Directeur ou la Directrice du Bureau des services de contrôle interne devrait étudier les possibilités d'étoffer la liste des entités d'enquête externes, dans le respect des critères définis, et tenir à jour une liste de ces entités, et faire rapport au Conseil exécutif sur toute modification apportée à la liste (y compris expliquer les ajouts ou les suppressions).

D. Dispositions spécifiques

1. Ce processus est soumis au Règlement intérieur du Conseil exécutif et à celui de l'Assemblée de la Santé.¹⁴
2. Conformément à la nouvelle politique de prévention et de lutte contre les représailles,¹⁵ chaque membre du personnel de l'OMS doit être protégé contre toute forme de représailles en rapport avec toute activité décrite dans les présentes procédures.
3. À la demande du Conseil exécutif, le Président ou la Présidente du Comité communique des informations actualisées sur l'état d'avancement du processus.
4. Tous les documents fournis au Conseil exécutif et à l'Assemblée de la Santé à l'appui de leurs décisions sont diffusés à titre strictement confidentiel et ne sont disponibles que sous forme électronique et en version originale anglaise uniquement.

¹⁴ Aux fins de ce processus, un amendement au Règlement intérieur du Conseil exécutif sera nécessaire pour autoriser le Président ou la Présidente du Conseil exécutif à convoquer une séance restreinte dudit Conseil. Les rôles prévus pour le Bureau du Conseil sont confirmés par l'adoption de ce processus, et le mandat du Bureau du Conseil sera mis à jour en conséquence.

¹⁵ OMS, Représailles – politique de prévention et de lutte. [Manuel électronique III.11.5](#). Entrée en vigueur : 1^{er} juillet 2023 (consulté le 14 février 2025).

5. Le Secrétariat, en collaboration avec le Comité, peut continuer à élaborer des processus ou des outils internes qui facilitent la mise en œuvre de ces procédures en favorisant davantage de clarté et d'efficacité. Ces processus ou outils doivent être conformes aux procédures convenues dans le présent document, ainsi qu'au cadre réglementaire et aux politiques de l'OMS applicables. Ces processus ou outils peuvent inclure, entre autres :

- a) les normes relatives à la preuve nécessaires pour imposer les mesures disciplinaires prévues, y compris la révocation ;
- b) des modèles de base pour les mémorandums d'accord avec les entités d'enquête externes et pour les mandats relatifs à l'examen préliminaire et à l'enquête approfondie à confier à une entité d'enquête externe ;
- c) un échéancier indicatif, selon que de besoin, y compris pour la réalisation d'enquêtes approfondies ;
- d) des dispositions supplémentaires relatives à la confidentialité, le cas échéant ;
- e) des processus et mécanismes relatifs à l'appui du Secrétariat, y compris pour la sélection des entités d'enquête et la passation de marchés avec elles (conformément au cadre réglementaire et aux politiques de l'OMS) ;
- f) l'appui au Conseil exécutif pour l'examen de modifications à la composition et/ou au mandat du Comité qui pourraient être nécessaires afin que celui-ci possède les compétences appropriées pour effectuer des évaluations des processus d'enquête décrits au chapitre B ;
- g) la délégation des responsabilités en matière de lutte contre les représailles, qui seraient sinon assumées par le Directeur général ou la Directrice générale, à un personnel expérimenté et habilité, conformément à la politique visant à prévenir et à combattre les représailles, telle que décrite à la clause D.2 ;
- h) d'autres mesures visant à proposer et à fournir un soutien aux survivants et survivantes, aux victimes, et aux requérants et requérantes, le cas échéant ;
- i) une équipe spéciale de l'OMS composée d'experts et d'expertes, détachés temporairement, si nécessaire et selon qu'il convient, du Secrétariat (par exemple des unités du Secrétariat chargées des ressources humaines ou des questions juridiques ou éthiques) pour soutenir le Conseil exécutif et son Bureau, ainsi que le Comité et son Président ou sa Présidente ; et
- j) l'appui au Conseil exécutif pour l'élaboration des dispositions supplémentaires en matière de congé administratif, si nécessaire, pour mettre en œuvre les mesures provisoires pertinentes prévues aux clauses B.4.1 et B.4.2 des présentes procédures qui vont au-delà des cadres réglementaires et des politiques de l'OMS et qui nécessiteraient l'examen et l'approbation du Conseil exécutif.

6. Le Secrétariat de l'OMS met à jour les projets de contrats de travail des Directeurs généraux ou Directrices générales de l'OMS conformément au présent document, afin que le Conseil exécutif les examine et fasse des recommandations et que l'Assemblée de la Santé donne son approbation finale.

Annexe 4

Procédure pour la correction d'erreurs dans le texte du Règlement sanitaire international (2005)¹

[EB156/40, paragraphes 6 à 8 – 27 janvier 2025]

[Les paragraphes 1 à 5 donnent des informations contextuelles et exposent le processus de consultation relatif à la procédure pour la correction d'erreurs.]

6. [Conformément à la décision WHA78(24)], la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé [a adopté] la procédure de correction [ci-après] pour rectifier les erreurs relevées dans le texte du Règlement [sanitaire international (2005)].

7. La procédure, qui est conforme à la pratique des Nations Unies en matière de traités multilatéraux,² [s'applique] aux erreurs figurant dans le Règlement qui ont déjà été relevées au cours du processus, ainsi qu'aux éventuelles erreurs qui pourraient être relevées à l'avenir dans le texte du [Règlement], ou dans tout amendement y relatif, dans la mesure où il s'agit d'erreurs de typographie, d'orthographe, de ponctuation, de numérotation et de traduction dans l'une quelconque des six versions linguistiques, ou d'un défaut de concordance entre les six versions linguistiques, relevés par le Secrétariat ou par un ou plusieurs États Parties.

8. La procédure de correction [comporte] les étapes suivantes :

- a) Le Directeur général ou la Directrice générale diffuse un procès-verbal de rectification à tous les États Parties au [Règlement]. Le procès-verbal précise la date à laquelle doivent être reçues les éventuelles objections des États Parties aux corrections proposées. Cette date est fixée à 90 jours après l'envoi du procès-verbal.
- b) Le cas échéant, les objections sont à adresser, par écrit, au Directeur général ou à la Directrice générale et doivent être reçues avant la date fixée ; toute objection reçue après la date fixée est considérée comme irrecevable.
- c) Si aucune objection écrite de la part d'un État Partie n'a été reçue à la date fixée, les corrections proposées sont réputées dûment adoptées par les États Parties.

¹ Voir la décision WHA78(24).

² L'article 79 de la Convention de Vienne sur le droit des traités (adoptée à Vienne le 23 mai 1969 et entrée en vigueur le 27 janvier 1980 ; Recueil des Traités des Nations Unies, vol. 1155, p. 374 et 375) traite de la correction des erreurs dans les textes ou les copies certifiées conformes des traités. Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, en sa qualité de dépositaire des traités multilatéraux, a mis au point une pratique permettant de rectifier des erreurs ou des défauts de concordance dans l'original d'un traité multilatéral (Précis de la pratique du Secrétaire général en tant que dépositaire de traités multilatéraux, Nations Unies, document ST/LEG/7/Rev.1, p. 13 et suiv.).

d) Le Directeur général ou la Directrice générale communique le résultat de la procédure de correction à tous les États Parties dès que possible. Le cas échéant, les objections sont également communiquées à tous les États Parties.

[Les paragraphes 9 et 10 contenaient des informations relatives à l'application de la procédure proposée pour la correction d'erreurs.]

Mesures à prendre par le Conseil exécutif

[Le paragraphe 11 contenait le texte d'un projet de décision que le Conseil exécutif a adopté sous la cote EB156(38).]

Annexe 5

Incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions et décisions adoptées par l'Assemblée de la Santé¹

Résolution WHA78.1 Accord de l'OMS sur les pandémies

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

1. **Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée :**
 - 2.1.3 Pays prêts opérationnellement à évaluer et à gérer les risques et vulnérabilités identifiés
 - 2.2.2 Stratégies de prévention éprouvées pour les maladies prioritaires à potentiel épidémique appliquées à l'échelle voulue
 - 2.3.2 Riposte rapide en cas d'urgence sanitaire aiguë, en tirant parti des capacités nationales et internationales pertinentes
2. **En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?**

Sans objet
3. **Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :**

Sans objet
4. **Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :**

Non définis. Estimation des coûts jusqu'en 2031.

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat

1. **Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution, en millions USD :**

39,84 millions USD
- 2.a. **Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**

2,83 millions USD
- 2.b. **Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**

Sans objet
3. **Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :**

12,36 millions USD

¹ La mise au point de la structure des résultats pour le budget programme 2026-2027 (dans le cadre du quatorzième programme général de travail, 2025-2028) étant en cours, la structure des résultats du budget programme 2024-2025 (dans le cadre du treizième programme général de travail, 2019-2025) continuera à être utilisée. La correspondance entre la structure des résultats de l'un et de l'autre programme peut être indiquée si nécessaire.

4. **Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :**
24,65 millions USD
5. **Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD**
- **Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :**
0
 - **Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :**
2,83 millions USD
 - **Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :**
La collaboration se poursuivra avec les États Membres intéressés afin de trouver des ressources pour combler le déficit de financement.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a. 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,05	0,04	0,03	0,04	0,03	0,04	0,81	1,04
	Activités	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,79	1,79
	Total	0,05	0,04	0,03	0,04	0,03	0,04	2,60	2,83
B.2.b. 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	0,25	0,21	0,18	0,22	0,18	0,20	3,57	4,81
	Activités	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,54	7,54
	Total	0,25	0,21	0,18	0,22	0,18	0,20	11,11	12,36
B.4. Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	0,67	0,56	0,48	0,57	0,48	0,51	7,06	10,33
	Activités	1,52	1,52	1,52	1,52	1,52	1,52	5,18	14,32
	Total	2,19	2,08	2,00	2,10	2,01	2,04	12,23	24,65
B.1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution									39,84

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Résolution WHA78.3 Renforcer les bases factuelles pour les mesures sociales et de santé publique

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

1. **Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée :**
2.2.1 Programmes de recherche, modèles prédictifs et outils, produits et interventions novateurs disponibles pour les agents pathogènes particulièrement dangereux
2. **En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?**
Sans objet
3. **Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :**
Sans objet
4. **Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :**
Non définis. Estimation des coûts jusqu'en 2030.

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat

1. **Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution, en millions USD :**
18,13 millions USD
- 2.a. **Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
2,87 millions USD
- 2.b. **Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
Sans objet
3. **Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :**
5,96 millions USD
4. **Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :**
9,3 millions USD
5. **Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD**
 - **Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :**
0,9 million USD
 - **Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :**
1,97 million USD
 - **Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :**
Des discussions sont en cours avec certains États Membres pour lesquels cette résolution présente de forts intérêts stratégiques et techniques.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidentale		
B.2.a. 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,31	0,26	0,22	0,26	0,22	0,24	0,82	2,33
	Activités	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,54	0,54
	Total	0,31	0,26	0,22	0,26	0,22	0,24	1,36	2,87
B.2.b. 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	0,64	0,53	0,46	0,55	0,46	0,49	1,71	4,84
	Activités	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,12	1,12
	Total	0,64	0,53	0,46	0,55	0,46	0,49	2,83	5,96
B.4. Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	1,00	0,83	0,72	0,86	0,72	0,77	2,66	7,55
	Activités	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,75	1,75
	Total	1,00	0,83	0,72	0,86	0,72	0,77	4,41	9,30
B.1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution									18,13

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Résolution WHA78.4 Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

- Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée :**
 - 2.3.1 Urgences sanitaires potentielles détectées rapidement, risques évalués et communiqués
 - 2.3.3 Maintien et renforcement des services et systèmes de santé essentiels dans les situations de fragilité, de conflit et de vulnérabilité
- En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?**
Sans objet
- Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :**
Sans objet
- Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :**
Cinq mois (janvier 2025-mai 2025)

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat

- Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution, en millions USD :**
648 millions USD (dont 275 millions USD pour les interventions d'urgence et 265 millions USD pour le relèvement rapide et le redressement, en concordance avec le Plan pour l'action opérationnelle et le relèvement rapide dans le territoire palestinien occupé, janvier-décembre 2025).

2.a. Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :

0. Cette résolution serait mise en œuvre dans le cadre du segment budgétaire opérations d'urgence et appels.

2.b. Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :

648 millions USD (dont 275 millions USD pour les interventions d'urgence et 265 millions USD pour le relèvement rapide et le redressement).

3. Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :

Sans objet

4. Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :

Sans objet

5. Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD

– Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :

45 millions USD pour la poursuite des interventions dans le cadre du Plan révisé pour l'action opérationnelle et le relèvement rapide dans le territoire palestinien occupé.

– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :

603 millions USD

– Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :

Des promesses de dons sont prévues : la levée de fonds se poursuit.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)

[illegible]

Résolution WHA78.5 Promouvoir une approche intégrée de la santé respiratoire et en faire une priorité

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

- 1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée :**
 - 1.1.1 Des pays en mesure de fournir des services de santé de qualité, centrés sur la personne et fondés sur des stratégies axées sur les soins de santé primaires et sur un ensemble complet de services essentiels
 - 1.1.2 Des pays en mesure de renforcer leur système de santé pour accroître la couverture de services spécifiques à certaines affections ou maladies
 - 3.2.1 Les pays sont en mesure d'influer sur les facteurs de risque moyennant des actions multisectorielles
 - 3.3.1 Les pays sont en mesure d'agir sur les déterminants environnementaux de la santé, y compris le changement climatique
- 2. En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?**

Sans objet
- 3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :**

Sans objet
- 4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :**

Six ans (2025-2030)

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat

- 1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution, en millions USD :**

12,48 millions USD
- 2.a. Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**

1,98 million USD.
- 2.b. Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**

Sans objet
- 3. Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :**

4,1 millions USD
- 4. Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :**

6,4 millions USD
- 5. Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD**
 - Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :

1,98 million USD
 - Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :

0
 - Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :

Sans objet

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a. 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,23	0,26	0,19	0,26	0,18	0,20	0,36	1,68
	Activités	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,21	0,30
	Total	0,25	0,28	0,20	0,27	0,20	0,21	0,57	1,98
B.2.b. 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	0,48	0,54	0,39	0,53	0,38	0,41	0,75	3,49
	Activités	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,43	0,61
	Total	0,51	0,57	0,42	0,56	0,42	0,44	1,18	4,10
B.4. Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	0,75	0,85	0,61	0,83	0,60	0,64	1,17	5,44
	Activités	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,67	0,96
	Total	0,80	0,89	0,66	0,88	0,65	0,68	1,84	6,40
B.1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution									12,48

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis (note à supprimer si les totaux sont exacts).

Résolution WHA78.6 Alléger la charge des maladies non transmissibles en favorisant la santé rénale et en renforçant les moyens de prévenir et de combattre les maladies rénales

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

- Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée :**
 - Des pays en mesure de fournir des services de santé de qualité, centrés sur la personne et fondés sur des stratégies axées sur les soins de santé primaires et sur un ensemble complet de services essentiels
 - Des pays en mesure de renforcer leur système de santé pour accroître la couverture de services spécifiques à certaines affections ou maladies
 - Des pays en mesure de concevoir et de mettre en œuvre des stratégies de financement équitable de la santé et des réformes pour pérenniser les progrès vers la couverture sanitaire universelle
- En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?**
Sans objet
- Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :**
Sans objet
- Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :**
Sept ans (2025-2031)

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat

1. **Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution, en millions USD :**
16,27 millions USD
- 2.a. **Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
2,57 millions USD
- 2.b. **Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
Sans objet
3. **Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :**
5,35 millions USD
4. **Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :**
8,35 millions USD
5. **Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD**
 - **Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :**
0
 - **Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :**
2,57 millions USD
 - **Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :**
Sachant qu'aucune ressource humaine ni financière n'est actuellement disponible pour faire face à cette situation, le Secrétariat devrait suspendre toute activité demandée pour l'exercice biennal en cours et lancer un plan spécial de mobilisation des ressources pour les exercices biennaux à venir.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a. 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,15	0,18	0,13	0,12	0,14	0,14	0,32	1,19
	Activités	0,11	0,11	0,11	0,11	0,11	0,11	0,74	1,39
	Total	0,26	0,29	0,24	0,22	0,24	0,25	1,06	2,57
B.2.b. 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	0,32	0,38	0,27	0,24	0,28	0,30	0,67	2,46
	Activités	0,22	0,22	0,22	0,22	0,22	0,22	1,54	2,88
	Total	0,55	0,61	0,50	0,46	0,51	0,52	2,21	5,35
B.4. Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	0,50	0,59	0,42	0,37	0,44	0,46	1,05	3,85
	Activités	0,35	0,35	0,35	0,35	0,35	0,35	2,40	4,50
	Total	0,85	0,94	0,77	0,72	0,79	0,81	3,44	8,35
B.1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution									16,27

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Résolution WHA78.7 Prévention primaire et soins intégrés des déficiences sensorielles, déficience visuelle et perte auditive comprises, à toutes les étapes de la vie

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

- 1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée :**
 - 1.1.1 Des pays en mesure de fournir des services de santé de qualité, centrés sur la personne et fondés sur des stratégies axées sur les soins de santé primaires et sur un ensemble complet de services essentiels
 - 1.1.2 Des pays en mesure de renforcer leur système de santé pour accroître la couverture de services spécifiques à certaines affections ou maladies
- 2. En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?**
Sans objet
- 3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :**
Sans objet
- 4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :**
Six ans (2025-2030)

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat

- 1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution, en millions USD :**
18,35 millions USD
- 2.a. Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
2,9 millions USD
- 2.b. Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
Sans objet
- 3. Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :**
6,03 millions USD
- 4. Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :**
9,42 millions USD
- 5. Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD**
 - **Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :**
1,9 million USD
 - **Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :**
1 million USD
 - **Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :**
1 million USD seront mobilisés auprès de donateurs.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidentale		
B.2.a. 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,26	0,21	0,18	0,11	0,19	0,20	1,05	2,19
	Activités	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	0,15	0,71
	Total	0,36	0,30	0,27	0,20	0,28	0,29	1,20	2,90
B.2.b. 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	0,55	0,43	0,36	0,23	0,39	0,41	2,18	4,55
	Activités	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,32	1,49
	Total	0,74	0,63	0,56	0,42	0,59	0,60	2,49	6,03
B.4. Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	0,86	0,68	0,57	0,35	0,61	0,64	3,40	7,10
	Activités	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	0,50	2,32
	Total	1,16	0,98	0,87	0,65	0,92	0,94	3,89	9,42
B.1, Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution									18,35

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Résolution WHA78.8 Journée mondiale pour l'élimination du cancer du col de l'utérus

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

- Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée :**
 - 1.1.1 Des pays en mesure de fournir des services de santé de qualité, centrés sur la personne et fondés sur des stratégies axées sur les soins de santé primaires et sur un ensemble complet de services essentiels
 - 1.1.2 Des pays en mesure de renforcer leur système de santé pour accroître la couverture de services spécifiques à certaines affections ou maladies
 - 1.3.2 Accès amélioré et plus équitable aux produits de santé moyennant la structuration du marché mondial et le soutien aux pays pour garantir des systèmes d'achat et d'approvisionnement efficaces et transparents et en assurer le suivi
 - 4.2.1 Renforcement du leadership, de la gouvernance et des relations extérieures pour mettre en œuvre le treizième PGT et assurer un impact correspondant au niveau des pays, sur la base de communications stratégiques et conformément aux objectifs de développement durable dans le contexte de la réforme des Nations Unies
- En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?**
Sans objet
- Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :**
Sans objet

4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :

Cinq ans (conformément à la résolution WHA73.2 (2020), dans laquelle la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique.

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat**1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution, en millions USD :**

0

Les dépenses à prévoir pour les activités nécessaires à la mise en œuvre de la résolution ont déjà été chiffrées dans la résolution WHA73.2 (voir l'annexe 3 du document WHA73/2020/REC/1).

2.a. Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :

Sans objet

2.b. Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :

Sans objet

3. Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :

Sans objet

4. Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :

Sans objet

5. Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD**– Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :**

Sans objet

– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :

Sans objet

– Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :

Sans objet

Résolution WHA78.9 Promouvoir le lien social au profit de la santé mondiale : le rôle essentiel du lien social pour combattre la solitude, l'isolement social et les inégalités en santé

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

- 1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée :**
3.1.1 Les pays sont en mesure d'agir sur les déterminants sociaux de la santé à toutes les étapes de la vie
- 2. En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?**
Sans objet
- 3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :**
Sans objet
- 4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :**
Six ans (2025-2030)

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat

- 1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution, en millions USD :**
27,84 millions USD
- 2.a. Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
2,68 millions USD
- 2.b. Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
Sans objet
- 3. Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :**
7,83 millions USD
- 4. Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :**
17,34 millions USD
- 5. Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD**
 - **Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :**
1,50 million USD
 - **Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :**
1,18 million USD
 - **Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :**
Le 22 janvier 2025, la Fondation pour l'OMS a lancé l'initiative « Health Online Collective » en vue de favoriser la collecte de fonds en faveur du lien social. Une première contribution à cette initiative a été reçue au premier trimestre 2025. Le Gouvernement suédois soutient cette initiative depuis sa création et la République de Corée s'est récemment engagée à financer des activités pendant l'exercice biennal en cours. Les principaux donateurs actifs dans ce domaine sont contactés en vue d'une éventuelle collaboration.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidentale		
B.2.a. 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,83	0,83
	Activités	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	1,40	1,85
	Total	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	2,23	2,68
B.2.b. 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	0,34	0,31	0,25	0,32	0,25	0,27	1,72	3,46
	Activités	0,35	0,35	0,35	0,35	0,35	0,35	2,25	4,37
	Total	0,70	0,66	0,60	0,67	0,61	0,62	3,97	7,83
B.4. Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	0,54	0,48	0,38	0,50	0,40	0,42	2,68	5,40
	Activités	1,23	1,23	1,23	1,23	1,23	1,23	4,59	11,94
	Total	1,76	1,71	1,61	1,72	1,62	1,64	7,27	17,34
B.1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution									27,84

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Résolution WHA78.10 Renforcer les capacités nationales de prise de décisions sur des bases factuelles pour l'adoption efficace de normes et de critères

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

- Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée :**
 - 1.3.2 Accès amélioré et plus équitable aux produits de santé moyennant la structuration du marché mondial et le soutien aux pays pour garantir des systèmes d'achat et d'approvisionnement efficaces et transparents et en assurer le suivi
 - 1.3.4 Un programme de recherche-développement défini et des activités de recherche coordonnées pour être en phase avec les priorités du secteur de la santé publique
 - 4.1.3 Renforcement de la base factuelle, meilleure hiérarchisation et utilisation des normes et critères générés par l'OMS et amélioration de la capacité de recherche et de l'aptitude à élargir de manière efficace et durable l'emploi des innovations, y compris la technologie numérique, dans les pays
- En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?**
Sans objet
- Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :**
Sans objet
- Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :**
Six ans

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat

1. **Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution, en millions USD :**
56,82 millions USD
- 2.a. **Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
2,12 millions USD
- 2.b. **Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
Sans objet
3. **Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :**
21,37 millions USD
4. **Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :**
33,33 millions USD
5. **Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD**
 - **Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :**
1,50 million USD
 - **Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :**
0,62 million USD
 - **Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :**
Les montants requis ne sont pas encore disponibles. Cependant, des efforts de mobilisation des ressources sont en cours.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a. 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,68	0,68
	Activités	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,44	1,44
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,12	2,12
B.2.b. 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	1,33	1,13	0,94	1,21	1,00	1,03	1,42	8,06
	Activités	1,72	1,72	1,72	1,72	1,72	1,72	2,99	13,31
	Total	3,05	2,85	2,66	2,93	2,71	2,75	4,41	21,37
B.4. Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	2,08	1,77	1,46	1,89	1,55	1,61	2,21	12,57
	Activités	2,68	2,68	2,68	2,68	2,68	2,68	4,67	20,76
	Total	4,76	4,45	4,15	4,57	4,23	4,29	6,88	33,33
B.1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution									56,82

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Résolution WHA78.11 Les maladies rares : une priorité pour l'équité et l'inclusion dans le domaine de la santé mondiale

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

1. **Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée :**
 - 1.1.1 Des pays en mesure de fournir des services de santé de qualité, centrés sur la personne et fondés sur des stratégies axées sur les soins de santé primaires et sur un ensemble complet de services essentiels
 - 1.1.2 Des pays en mesure de renforcer leur système de santé pour accroître la couverture de services spécifiques à certaines affections ou maladies
 - 3.2.2 Les pays sont en mesure de renforcer les partenariats sur une base multisectorielle ainsi que les mécanismes de gouvernance, les lois et les mesures budgétaires
 - 4.1.3 Renforcement de la base factuelle, meilleure hiérarchisation et utilisation des normes et critères générés par l'OMS et amélioration de la capacité de recherche et de l'aptitude à élargir de manière efficace et durable l'emploi des innovations, y compris la technologie numérique, dans les pays
2. **En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?**
Sans objet
3. **Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :**
Sans objet
4. **Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :**
Six ans (2025-2030)

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat

1. **Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution, en millions USD :**
9,06 millions USD
- 2.a. **Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
0,62 million USD
- 2.b. **Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
0
3. **Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :**
6,52 millions USD
4. **Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :**
1,92 million USD
5. **Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD**
 - Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :
0
 - Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :
0,62 million USD
 - Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :
La mobilisation de fonds a commencé et les possibilités de financement sont étudiées.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a. 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,41	0,41
	Activités	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,22	0,22
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,62	0,62
B.2.b. 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	0,16	0,13	0,11	0,14	0,11	0,12	1,40	2,18
	Activités	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,34	4,34
	Total	0,16	0,13	0,11	0,14	0,11	0,12	5,74	6,52
B.4. Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	0,08	0,07	0,06	0,07	0,06	0,06	1,32	1,72
	Activités	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20	0,20
	Total	0,08	0,07	0,06	0,07	0,06	0,06	1,52	1,92
B.1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution									9,06

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Résolution WHA78.12 Renforcer le financement de la santé à l'échelle mondiale

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

- Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée :**
 - Des pays en mesure de concevoir et de mettre en œuvre des stratégies de financement équitable de la santé et des réformes pour pérenniser les progrès vers la couverture sanitaire universelle
 - Des pays en mesure de produire et d'analyser des informations sur la protection financière, l'équité et les dépenses de santé, et d'utiliser ces informations pour suivre les progrès et orienter la prise de décisions
 - Des pays en mesure d'améliorer leurs capacités institutionnelles pour une prise de décisions transparente en matière de définition des priorités et d'allocation des ressources, ainsi que pour l'analyse des effets de la santé sur l'économie nationale
- En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?**
Sans objet
- Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :**
Sans objet
- Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :**
Six ans (de mai 2025 à mai 2031)

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat

1. **Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution, en millions USD :**
79,61 millions USD
- 2.a. **Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
12,37 millions USD
- 2.b. **Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
Sans objet
3. **Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :**
26,15 millions USD
4. **Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :**
41,09 millions USD
5. **Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD**
 - **Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :**
7,84 millions USD
 - **Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :**
4,53 millions USD
 - **Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :**
La mobilisation de ressources se poursuit.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a. 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,70	0,23	0,59	0,58	0,19	0,35	2,26	4,89
	Activités	0,37	0,37	0,37	0,37	0,37	0,49	5,15	7,47
	Total	1,06	0,60	0,96	0,95	0,56	0,84	7,41	12,37
B.2.b. 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	1,45	0,47	1,22	1,21	0,39	0,73	11,88	17,36
	Activités	0,77	0,77	0,77	0,77	0,77	1,01	3,94	8,79
	Total	2,22	1,24	1,99	1,98	1,16	1,74	15,82	26,15
B.4. Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	2,26	0,73	1,91	1,89	0,61	1,14	18,84	27,39
	Activités	1,20	1,20	1,20	1,20	1,20	1,57	6,15	13,70
	Total	3,45	1,93	3,11	3,09	1,81	2,72	24,99	41,09
B.1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution									79,61

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Résolution WHA78.13 Renforcer les capacités d'imagerie médicale

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

1. **Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée :**
1.3.1 Mise à disposition d'orientations et de normes faisant autorité en ce qui concerne la qualité, l'innocuité et l'efficacité des produits de santé, des médicaments et des produits de diagnostic essentiels figurant sur des listes
2. **En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?**
Sans objet
3. **Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :**
Sans objet
4. **Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :**
Sept ans (2025-2031)²

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat

1. **Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution, en millions USD :**
14,57 millions USD
- 2.a. **Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
0,79 million USD
- 2.b. **Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
Sans objet
3. **Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :**
5,39 millions USD
4. **Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :**
8,39 millions USD
5. **Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD**
 - **Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :**
0,61 million USD
 - **Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :**
0,18 million USD
 - **Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :**
Les discussions se poursuivent avec les donateurs potentiels et avec plusieurs acteurs non étatiques en relations officielles avec l'OMS concernés par l'imagerie, tels que les sociétés internationales de radiologie, d'échographie et de médecine nucléaire, qui sont très favorables à cette résolution et qui connaissent les lacunes en matière d'imagerie médicale dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

² Dépenses estimées jusqu'en 2030.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a. 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,06	0,05	0,04	0,05	0,04	0,05	0,13	0,43
	Activités	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,23	0,36
	Total	0,08	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,36	0,79
B.2.b. 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	0,61	0,27	0,41	0,25	0,44	0,30	0,70	2,98
	Activités	0,23	0,23	0,23	0,23	0,23	0,23	1,04	2,41
	Total	0,84	0,49	0,64	0,47	0,67	0,52	1,74	5,39
B.4. Exercices futurs Dépenses à prévoir (2028-2029, 2030)	Personnel	0,95	0,41	0,64	0,38	0,69	0,46	1,09	4,63
	Activités	0,36	0,36	0,36	0,36	0,36	0,36	1,62	3,76
	Total	1,31	0,77	1,00	0,74	1,04	0,82	2,71	8,39
B.1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution									14,57

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Résolution WHA78.14 Éradiquer plus vite la dracunculose

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

- Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée :**
1.1.2 Des pays en mesure de renforcer leur système de santé pour accroître la couverture de services spécifiques à certaines affections ou maladies
- En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?**
Sans objet
- Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :**
Sans objet
- Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :**
Sept ans (2025-2031)

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat

- Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution, en millions USD :**
35,11 millions USD (jusqu'en 2030)
- a. Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
5,55 millions USD
- b. Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
Sans objet

3. **Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :**
11,55 millions USD
4. **Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :**
18,01 millions USD
5. **Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD**
- **Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :**
1,5 million USD
 - **Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :**
4,05 millions USD
 - **Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :**
Des efforts de mobilisation sont en cours, notamment auprès de The Carter Center, de la Fondation Bill et Melinda Gates et de la Children's Investment Fund Foundation. Des mesures sont également prises en vue d'obtenir des contributions financières supplémentaires des États Membres pour permettre au Secrétariat de s'acquitter de son mandat consistant à aider les États Membres à éradiquer cette maladie débilitante. Des efforts sont en outre déployés pour mobiliser des ressources à cette fin au sein de l'OMS.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a. 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	1,37	0,00	0,00	0,00	0,22	0,00	0,78	2,38
	Activités	2,15	0,00	0,00	0,00	0,35	0,00	0,67	3,18
	Total	3,52	0,00	0,00	0,00	0,58	0,00	1,45	5,55
B.2.b. 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	2,85	0,00	0,00	0,00	0,47	0,00	1,62	4,94
	Activités	4,47	0,00	0,00	0,00	0,73	0,00	1,40	6,61
	Total	7,32	0,00	0,00	0,00	1,20	0,00	3,02	11,55
B.4. Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	4,45	0,00	0,00	0,00	0,73	0,00	2,53	7,71
	Activités	6,98	0,00	0,00	0,00	1,14	0,00	2,19	10,31
	Total	11,42	0,00	0,00	0,00	1,87	0,00	4,72	18,01
B.1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution									35,11

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Résolution WHA78.15 Les maladies de la peau : une priorité de santé publique mondiale

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

1. **Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée :**
 - 1.1.1 Des pays en mesure de fournir des services de santé de qualité, centrés sur la personne et fondés sur des stratégies axées sur les soins de santé primaires et sur un ensemble complet de services essentiels
 - 1.1.2 Des pays en mesure de renforcer leur système de santé pour accroître la couverture de services spécifiques à certaines affections ou maladies
2. **En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?**
Sans objet
3. **Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :**
Sans objet
4. **Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :**
Six ans (2025-2030)

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat

1. **Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution, en millions USD :**
19,19 millions USD
- 2.a. **Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
3,03 millions USD
- 2.b. **Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
Sans objet
3. **Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :**
6,31 millions USD
4. **Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :**
9,85 millions USD
5. **Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD**
 - **Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :**
2 millions USD
 - **Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :**
1,03 million USD
 - **Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :**
L'adoption de la résolution faciliterait les efforts en cours pour mobiliser des ressources supplémentaires en vue de la mettre en œuvre. Les pouvoirs publics et les partenaires actuels peuvent accroître leur engagement en apportant des fonds supplémentaires. De nouveaux partenaires seront également recherchés.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidentale		
B.2.a. 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,31	0,26	0,22	0,26	0,22	0,24	0,50	2,00
	Activités	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15	0,16	1,03
	Total	0,45	0,40	0,37	0,41	0,37	0,38	0,66	3,03
B.2.b. 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	0,64	0,53	0,46	0,55	0,46	0,49	1,03	4,17
	Activités	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	0,33	2,14
	Total	0,94	0,83	0,76	0,85	0,76	0,79	1,37	6,31
B.4. Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	1,00	0,83	0,72	0,86	0,72	0,77	1,61	6,50
	Activités	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,47	0,52	3,34
	Total	1,47	1,30	1,19	1,33	1,19	1,24	2,13	9,85
B.1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution									19,19

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Résolution WHA78.16 Agir plus vite pour les personnels de santé et d'aide à la personne dans le monde d'ici à 2030

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

- Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée :**
1.1.5 Des pays en mesure de renforcer leur personnel de santé et d'aide à la personne
- En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?**
Sans objet
- Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :**
Sans objet
- Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :**
Six ans (2025-2030)

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat

- Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution, en millions USD :**
125,47 millions USD
- a. Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
2,18 millions USD

- 2.b. Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
Sans objet
- 3. Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :**
48,16 millions USD
- 4. Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :**
75,13 millions USD
- 5. Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD**
- Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :
0,61 million USD
 - Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :
1,57 million USD
 - Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :
Des efforts de mobilisation des ressources sont en cours.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidentale		
B.2.a. 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,14	0,12	0,05	0,13	0,10	0,11	0,33	0,98
	Activités	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15	0,30	1,20
	Total	0,29	0,27	0,20	0,28	0,25	0,26	0,63	2,18
B.2.b. 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	12,85	1,31	1,41	2,19	2,93	0,47	11,29	32,47
	Activités	5,63	1,62	1,15	1,99	1,78	2,40	1,12	15,69
	Total	18,48	2,93	2,57	4,18	4,71	2,87	12,42	48,16
B.4. Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	20,04	2,05	2,20	3,42	4,58	0,73	17,62	50,65
	Activités	8,78	2,53	1,80	3,10	2,77	3,75	1,75	24,48
	Total	28,82	4,58	4,01	6,52	7,35	4,48	19,37	75,13
B.1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution									125,47

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Résolution WHA78.17 Introduction de la Journée mondiale de la prématurité dans le calendrier de l'OMS

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

1. **Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée :**
1.1.3 Des pays en mesure de renforcer leur système de santé pour répondre aux besoins de santé propres à leur population et lever les obstacles à l'équité tout au long de la vie
2. **En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?**
Sans objet
3. **Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :**
Sans objet
4. **Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :**
Six ans (2025-2030 conformément aux objectifs de développement durable, éventuellement plus longtemps, en fonction des objectifs et des cibles pour l'après-2030)

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat

1. **Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution, en millions USD :**
0. Les activités requises pour appliquer la résolution ont déjà été chiffrées au titre de la mise en œuvre de la résolution WHA77.5 (2024) (voir les extraits du document WHA77/2024/REC/1, annexe 4, soumis au Conseil exécutif à sa cent cinquante-sixième session pour examen). En outre, de nombreux bureaux de pays où il existe une forte charge de mortalité néonatale célèbrent déjà la Journée mondiale de la prématurité en coopération avec l'OMS, les ministères de la santé concernés et des partenaires.
- 2.a. **Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
Sans objet
- 2.b. **Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
Sans objet
3. **Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :**
Sans objet
4. **Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :**
Sans objet
5. **Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD**
 - **Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :**
Sans objet
 - **Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :**
Sans objet
 - **Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :**
Sans objet

Résolution WHA78.18 Réglementer la commercialisation des substituts du lait maternel par des moyens numériques

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

1. **Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée :**
 - 3.1.2 Les pays sont en mesure de renforcer l'accès équitable à des aliments sûrs, sains et produits de manière durable en suivant une approche « Une seule santé »
 - 3.2.1 Les pays sont en mesure d'influer sur les facteurs de risque moyennant des actions multisectorielles
2. **En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?**
Sans objet
3. **Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :**
Sans objet
4. **Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :**
Douze mois (mai 2025-mai 2026)

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat

1. **Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution, en millions USD :**
0,66 million USD
- 2.a. **Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
0,32 million USD
- 2.b. **Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
Sans objet
3. **Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :**
0,34 million USD
4. **Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :**
Sans objet
5. **Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD**
 - **Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :**
0,34 million USD
 - **Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :**
Sans objet
 - **Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :**
Sans objet

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a. 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,02
	Activités	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,05	0,20	0,30
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,05	0,22	0,32
B.2.b. 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,03
	Activités	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,05	0,21	0,31
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,05	0,24	0,34
B.4. Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution									0,66

Résolutions WHA78.22 Rémunération du personnel hors classes et du Directeur général

WHA78.23 Faits antérieurs

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

- Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels ces résolutions seraient appliquées :**
4.3.2 Gestion et développement efficaces et efficients des ressources humaines pour attirer, recruter et fidéliser les talents en vue d'une bonne exécution des programmes
- En quoi l'examen des résolutions se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?**
Sans objet
- Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :**
Sans objet
- Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer les résolutions :**
En ce qui concerne la **résolution WHA78.22**, les ajustements de la rémunération correspondants entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

En ce qui concerne la **résolution WHA78.23**, les amendements au Règlement du personnel correspondants entreront en vigueur le 1^{er} juillet 2025.

Aucune date n'a été fixée pour la fin de l'application.

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application des résolutions pour le Secrétariat

1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer les résolutions, en millions USD :

Les ressources nécessaires à la mise en œuvre des résolutions sont déjà prévues dans le budget programme approuvé pour 2024-2025.

Il est à noter que le coût des traitements est toujours soumis à une certaine variabilité en raison de l'ajustement de poste, des taux de change et des allocations auxquelles les membres du personnel ont droit pour les personnes à charge et les frais d'étude, entre autres facteurs. Ces coûts supplémentaires seront intégrés dans les fluctuations budgétaires globales relatives aux traitements et dans le coût moyen des postes.

2.a. Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :

Sans objet

2.b. Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :

Sans objet

3. Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :

Sans objet

4. Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :

Sans objet

5. Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application des résolutions lors de l'exercice en cours, en millions USD

– Ressources disponibles pour financer les résolutions lors de l'exercice en cours :

Sans objet

– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :

Sans objet

– Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :

Sans objet

Résolution WHA78.24 Prolongation du Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant 2012-2025

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée :

3.1.2 Les pays sont en mesure de renforcer l'accès équitable à des aliments sûrs, sains et produits de manière durable en suivant une approche « Une seule santé »

3.2.1 Les pays sont en mesure d'influer sur les facteurs de risque moyennant des actions multisectorielles

2. En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?

Sans objet

3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :

Sans objet

4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :
Six ans (2025-2030)

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat

1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution, en millions USD :
3,38 millions USD
- 2.a. Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :
1,01 million USD
- 2.b. Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :
Sans objet
3. Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :
1,05 million USD
4. Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :
1,31 million USD
5. Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD
 - Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :
0,91 million USD
 - Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :
0,1 million USD
 - Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :
Des demandes de subvention ont été présentées pour les dépenses liées au personnel et aux activités en 2025, dont le montant permettrait de couvrir le déficit de financement de 0,1 million USD.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a. 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,04	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,22	0,39
	Activités	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,32	0,62
	Total	0,09	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,54	1,01
B.2.b. 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	0,04	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,22	0,41
	Activités	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,33	0,64
	Total	0,09	0,08	0,08	0,09	0,08	0,08	0,56	1,05
B.4. Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	0,06	0,04	0,04	0,05	0,04	0,05	0,35	0,64
	Activités	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,35	0,67
	Total	0,11	0,10	0,10	0,11	0,10	0,10	0,70	1,31
B.1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution									3,38

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Résolution WHA78.25 Transfert de l'Indonésie de la Région de l'Asie du Sud-Est à la Région du Pacifique occidental

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

1. **Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée :**
 - 4.2.1 Renforcement du leadership, de la gouvernance et des relations extérieures pour mettre en œuvre le treizième PGT et assurer un impact correspondant au niveau des pays, sur la base de communications stratégiques et conformément aux objectifs de développement durable dans le contexte de la réforme des Nations Unies
 - 4.2.2 Le Secrétariat agit de manière responsable et transparente, dans le respect des règles et de la gestion des risques, y compris par l'apprentissage institutionnel et par une culture de l'évaluation
2. **En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?**
Sans objet
3. **Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :**
Sans objet
4. **Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :**
Six mois (fin 2025)

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat

1. **Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution, en millions USD :**
0,22 million USD
- 2.a. **Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
0,22 million USD
- 2.b. **Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
Sans objet
3. **Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :**
Sans objet
4. **Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :**
Sans objet
5. **Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD**
 - **Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :**
0,22 million USD
 - **Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :**
Sans objet
 - **Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :**
Sans objet

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidentale		
B.2.a. 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,14	0,01	0,17
	Activités	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,03	0,00	0,05
	Total	0,00	0,00	0,04	0,00	0,00	0,17	0,01	0,22
B.2.b. 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.4. Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution									0,22

Résolution WHA78.26 Hisser le drapeau des États non membres observateurs de l'Organisation mondiale de la Santé

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

- Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée :**
4.3.4 Environnement sûr et sécurisé, caractérisé par une maintenance efficace de l'infrastructure, des services d'appui rentables et une chaîne d'approvisionnement souple, comprenant la santé et la sécurité au travail
- En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?**
Sans objet
- Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :**
Sans objet
- Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :**
Non défini

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat

- Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution, en millions USD :**
0
- 2.a. Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
0

- 2.b. Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :
Sans objet
3. Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :
0
4. Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :
0
5. Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD
 - Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :
Sans objet
 - Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :
Sans objet
 - Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :
Sans objet

Résolution WHA78.27 Mobiliser un soutien mondial pour un avenir sans plomb

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée :
3.3.1 Les pays sont en mesure d'agir sur les déterminants environnementaux de la santé, y compris le changement climatique
2. En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?
Sans objet
3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :
Sans objet
4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :
Six ans (2025-2030)

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat

1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution, en millions USD :
5,62 millions USD
- 2.a. Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :
0,54 million USD
- 2.b. Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :
Sans objet
3. Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :
1,97 million USD
4. Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :
3,11 millions USD

5. Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD

– Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :

0

– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :

0,54 million USD

– Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :

L'unité engage des efforts concrets avec des États Membres jouant un rôle de plaidoyer sur ce thème ainsi qu'avec de nouvelles initiatives telles que le partenariat pour un avenir sans plomb.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a. 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,07	0,06	0,05	0,06	0,05	0,06	0,09	0,44
	Activités	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,10
	Total	0,07	0,06	0,05	0,06	0,05	0,06	0,19	0,54
B.2.b. 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	0,15	0,11	0,11	0,13	0,11	0,12	0,43	1,16
	Activités	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,40	0,81
	Total	0,22	0,18	0,18	0,20	0,18	0,19	0,83	1,97
B.4. Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	0,23	0,18	0,17	0,21	0,18	0,19	0,28	1,43
	Activités	0,22	0,22	0,22	0,22	0,22	0,22	0,38	1,67
	Total	0,45	0,39	0,38	0,42	0,39	0,40	0,67	3,11
B.1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution									5,62

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Résolution WHA78.28 Effets de la guerre nucléaire sur la santé publique

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette résolution serait appliquée :

3.3.1 Les pays sont en mesure d'agir sur les déterminants environnementaux de la santé, y compris le changement climatique

2. En quoi l'examen de la résolution se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?

Sans objet

3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :

Sans objet

4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la résolution :

Cinq ans (2025-2029)

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application de la résolution pour le Secrétariat

1. **Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution, en millions USD :**
0,54 million USD
- 2.a. **Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
0,15 million USD.
- 2.b. **Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
Sans objet
3. **Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :**
0,32 million USD
4. **Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :**
0,07 million USD
5. **Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la résolution lors de l'exercice en cours, en millions USD**
 - **Ressources disponibles pour financer la résolution lors de l'exercice en cours :**
0,05 million USD
 - **Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :**
0,1 million USD
 - **Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :**
Sans objet

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a. 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,05
	Activités	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,10
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15	0,15
B.2.b. 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11	0,11
	Activités	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,21	0,21
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,32	0,32
B.4. Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06	0,06
	Activités	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,02
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07	0,07
B.1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la résolution									0,54

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Décision WHA78(8) Processus à suivre pour traiter les éventuelles allégations à l'encontre d'un Directeur général ou d'une Directrice générale de l'OMS, et pour enquêter à leur sujet

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

- 1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette décision serait appliquée :**
4.2.2 Le Secrétariat agit de manière responsable et transparente, dans le respect des règles et de la gestion des risques, y compris par l'apprentissage institutionnel et par une culture de l'évaluation
- 2. En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?**
Sans objet
- 3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :**
Sans objet
- 4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :**
Un an

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat

- 1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la décision, en millions USD :**
0,07 million USD. Ce montant inclut uniquement l'appui du Secrétariat, conformément à la décision. Les éventuelles dépenses futures visant à appuyer la conduite d'une évaluation initiale, d'un examen préliminaire et/ou d'une enquête approfondie, s'il y a lieu, ne sont pas prises en compte.
- 2.a. Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
0,07 million USD
- 2.b. Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
Sans objet
- 3. Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :**
Sans objet
- 4. Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :**
Sans objet
- 5. Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD**
 - Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours :
0,07 million USD
 - Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :
0
 - Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :
Sans objet

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a. 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07	0,07
	Activités	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07	0,07
B.2.b. 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.4. Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la décision									0,07

Décision WHA78(9) Notification du Règlement sanitaire international (2005) à la Palestine

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

- Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette décision serait appliquée :**
 - Capacités de préparation à tout type de situation d'urgence dans les pays évaluées et communiquées
 - Urgences sanitaires potentielles détectées rapidement, risques évalués et communiqués
- En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?**
Sans objet
- Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :**
Sans objet
- Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :**
Un mois

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat

- Total des dépenses à prévoir pour appliquer la décision, en millions USD :**
0
- a. Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
0

- 2.b. **Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
Sans objet
3. **Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :**
Sans objet
4. **Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :**
Sans objet
5. **Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD**
 - **Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours :**
Sans objet
 - **Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :**
Sans objet
 - **Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :**
Sans objet

Décision WHA78(10) Situation d'urgence sanitaire en Ukraine et dans les pays qui reçoivent des réfugiés et dans ceux qui en accueillent, découlant de l'agression par la Fédération de Russie

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

1. **Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette décision serait appliquée :**
 - 2.3.2 Riposte rapide en cas d'urgence sanitaire aiguë, en tirant parti des capacités nationales et internationales pertinentes
 - 2.3.3 Maintien et renforcement des services et systèmes de santé essentiels dans les situations de fragilité, de conflit et de vulnérabilité
2. **En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?**
Sans objet
3. **Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :**
Sans objet
4. **Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :**
Douze mois

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat

1. **Total des dépenses à prévoir pour appliquer la décision, en millions USD :**
110,36 millions USD
- 2.a. **Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
0. Cette décision serait appliquée au titre du segment budgétaire opérations d'urgence et appels.
- 2.b. **Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
110,36 millions USD, au titre du segment budgétaire opérations d'urgence et appels.

3. **Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :**
Sans objet
4. **Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :**
Sans objet
5. **Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD**
 - **Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours :**
22,84 millions USD disponibles et 25,50 millions USD d'engagements fermes
 - **Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :**
62,02 millions USD
 - **Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :**
25,5 millions USD ont fait l'objet d'engagements fermes comme indiqué ci-dessus. Des efforts de mobilisation de ressources sont en cours pour combler le déficit restant.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a. 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.2.b. 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	0.00	0.00	0.00	26.45	0.00	0.00	0.00	26.45
	Activités	0.00	0.00	0.00	83.55	0.00	0.00	0.36	83.91
	Total	0.00	0.00	0.00	110.00	0.00	0.00	0.36	110.36
B.3. 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.4. Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la décision									110,36

Décision WHA78(11) Un rapport consacré à la santé mentale à l'intention des organes directeurs de l'OMS

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

1. **Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette décision serait appliquée :**
1.1.2 Des pays en mesure de renforcer leur système de santé pour accroître la couverture de services spécifiques à certaines affections ou maladies
2. **En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?**
Sans objet

3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :

Sans objet

4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :

Six ans (2026-2031)

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat

1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la décision, en millions USD :

0. Les incidences financières des activités requises pour mettre en œuvre la décision étaient déjà chiffrées au titre de la décision WHA72(11) (2019) sur le suivi de la Déclaration politique de la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et de la résolution WHA77.3 (2024) intitulée « Renforcer le soutien psychosocial et en santé mentale avant, pendant et après les conflits armés, les catastrophes naturelles et d'origine humaine ainsi que les urgences sanitaires et autres ».

2.a. Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :

Sans objet

2.b. Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :

Sans objet

3. Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :

Sans objet

4. Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :

Sans objet

5. Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD

– Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours :

Sans objet

– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :

Sans objet

– Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :

Sans objet

Décision WHA78(14) Projet de stratégie mondiale pour la médecine traditionnelle 2025-2034

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette décision serait appliquée :

1.1.1 Des pays en mesure de fournir des services de santé de qualité, centrés sur la personne et fondés sur des stratégies axées sur les soins de santé primaires et sur un ensemble complet de services essentiels

2. En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?

Sans objet

3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :

Sans objet

4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :
Dix ans (2025-2034)

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat

1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la décision, en millions USD :
118,94 millions USD (dépenses à prévoir jusqu'en 2031)
- 2.a. Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :
15,87 millions USD
- 2.b. Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :
Sans objet
3. Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :
33,02 millions USD
4. Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :
70,05 millions USD
5. Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD
- Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours :
15,87 millions USD
 - Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :
0
 - Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :
Sans objet

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a. 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,31	0,26	0,44	0,26	0,22	0,47	5,73	7,70
	Activités	0,99	0,99	0,99	0,99	0,99	0,99	2,25	8,18
	Total	1,30	1,24	1,43	1,25	1,21	1,46	7,98	15,87
B.2.b. 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	0,64	0,53	0,92	0,55	0,46	0,98	11,93	16,01
	Activités	2,05	2,05	2,05	2,05	2,05	2,05	4,68	17,00
	Total	2,69	2,59	2,97	2,60	2,52	3,04	16,61	33,02
B.4. Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	1,36	1,13	1,95	1,16	0,98	2,09	25,31	33,97
	Activités	4,36	4,36	4,36	4,36	4,36	4,36	9,93	36,08
	Total	5,72	5,49	6,30	5,52	5,34	6,45	35,24	70,05
B.1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la décision									118,94

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Décision WHA78(15) Résistance aux antimicrobiens

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

1. **Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette décision serait appliquée :**
 - 1.3.5 Des pays en mesure de lutter contre la résistance aux antimicrobiens grâce au renforcement des systèmes de surveillance, des capacités de laboratoire, de la lutte anti infectieuse et de la sensibilisation, ainsi que grâce à des pratiques et politiques fondées sur des éléments factuels
 - 3.1.2 Les pays sont en mesure de renforcer l'accès équitable à des aliments sûrs, sains et produits de manière durable en suivant une approche « Une seule santé »
2. **En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?**
Sans objet
3. **Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :**
Sans objet
4. **Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :**
Douze mois (mai 2025-mai 2026)

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat

1. **Total des dépenses à prévoir pour appliquer la décision, en millions USD :**
1,2 million USD
- 2.a. **Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
0,83 million USD
- 2.b. **Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
Sans objet
3. **Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :**
0,37 million USD
4. **Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :**
0
5. **Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD**
 - **Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours :**
0,73 million USD
 - **Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :**
0,1 million USD
 - **Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :**
Des propositions supplémentaires sont en cours d'élaboration avec des donateurs potentiels en vue de contribuer à combler ce déficit. Les discussions se poursuivent avec le Wellcome Trust et le Fonds multipartenaires contre la résistance aux antimicrobiens.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a. 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,30	0,30
	Activités	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,35	0,53
	Total	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,65	0,83
B.2.b. 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,10
	Activités	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,27	0,27
	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,37	0,37
B.4. Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la décision									1,20

Décision WHA78(16) Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

- Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette décision serait appliquée :**
 - 2.3.1 Urgences sanitaires potentielles détectées rapidement, risques évalués et communiqués
 - 2.3.3 Maintien et renforcement des services et systèmes de santé essentiels dans les situations de fragilité, de conflit et de vulnérabilité
- En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?**
Sans objet
- Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :**
Sans objet
- Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :**
Sept mois (mai 2025-décembre 2025)

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat

- Total des dépenses à prévoir pour appliquer la décision, en millions USD :**
648 millions USD (dont 275 millions USD pour les interventions d'urgence et 265 millions USD pour le relèvement rapide et le redressement, en concordance avec le Plan pour l'action opérationnelle et le relèvement rapide dans le territoire palestinien occupé 2025)

2.a. Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :

0. Cette décision serait appliquée au titre du segment budgétaire opérations d'urgence et appels.

2.b. Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :

648 millions USD (dont 275 millions USD pour les interventions d'urgence et 265 millions USD pour le relèvement rapide et le redressement)

3. Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :

Sans objet

4. Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :

Sans objet

5. Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD

– Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours :

Fonds disponibles à hauteur de 73,6 millions USD et promesses fermes à hauteur de 25,4 millions USD pour le Plan pour l'action opérationnelle et le relèvement rapide dans le territoire palestinien occupé 2025, y compris pour les interventions, le relèvement rapide et le redressement

– Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :

549 millions USD

– Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l’objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l’exercice en cours :

Des promesses de dons sont prévues ; la collecte de fonds se poursuit.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)

[illegible]

Décision WHA78(21) Prolongation des orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025 jusqu'en 2030

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

1. **Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette décision serait appliquée :**
1.1.5 Des pays en mesure de renforcer leur personnel de santé et d'aide à la personne
2. **En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?**
Sans objet
3. **Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :**
Sans objet
4. **Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :**
Six ans (2025-2030)

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat

1. **Total des dépenses à prévoir pour appliquer la décision, en millions USD :**
18,39 millions USD
- 2.a. **Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
1,9 million USD
- 2.b. **Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
Sans objet
3. **Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :**
7 millions USD
4. **Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :**
9,49 millions USD
5. **Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD**
 - **Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours :**
0,3 million USD
 - **Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :**
1,6 million USD
 - **Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :**
La mobilisation des ressources est en cours.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidentale		
B.2.a. 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,18	0,15	0,13	0,15	0,13	0,14	0,32	1,20
	Activités	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,70
	Total	0,28	0,25	0,23	0,25	0,23	0,24	0,42	1,90
B.2.b. 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	0,64	0,53	0,46	0,55	0,46	0,49	1,13	4,26
	Activités	0,26	0,26	0,26	0,26	0,26	0,26	1,18	2,74
	Total	0,90	0,79	0,72	0,81	0,72	0,75	2,30	7,00
B.4. Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	1,00	0,83	0,72	0,86	0,72	0,77	1,76	6,65
	Activités	0,27	0,27	0,27	0,27	0,27	0,27	1,22	2,84
	Total	1,27	1,10	0,99	1,13	0,99	1,04	2,98	9,49
B.1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la décision									18,39

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Décision WHA78(22) Prolongation de la Stratégie mondiale pour la santé numérique 2020-2025 jusqu'en 2027

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

- Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette décision serait appliquée :**
 - 4.1.3 Renforcement de la base factuelle, meilleure hiérarchisation et utilisation des normes et critères générés par l'OMS et amélioration de la capacité de recherche et de l'aptitude à élargir de manière efficace et durable l'emploi des innovations, y compris la technologie numérique, dans les pays
 - 4.3.3 Plateformes et services numérisés efficaces, sûrs et innovants adaptés aux besoins des usagers, des fonctions institutionnelles, des programmes techniques et des opérations d'urgence sanitaire
- En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?**
Sans objet
- Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :**
Sans objet
- Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :**
Deux ans

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat

- Total des dépenses à prévoir pour appliquer la décision, en millions USD :**
47,54 millions USD

- 2.a. Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
15,17 millions USD
- 2.b. Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
Sans objet
- 3. Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :**
32,37 millions USD
- 4. Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :**
Sans objet
- 5. Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD**
- **Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours :**
14,92 millions USD
 - **Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :**
0,25 million USD
 - **Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :**
La somme de 0,25 million USD n'est pas encore disponible. Cependant, des efforts soutenus sont en cours pour mobiliser des fonds permettant de poursuivre l'application de la stratégie mondiale pour la santé numérique et de conduire les futurs efforts de planification.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a. 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,11	0,08	0,08	0,10	0,27	0,15	0,29	1,08
	Activités	1,68	1,68	1,68	1,68	1,68	1,68	4,01	14,09
	Total	1,79	1,79	1,76	1,78	1,95	1,83	4,30	15,17
B.2.b. 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	0,22	0,17	0,16	0,20	0,56	0,30	0,59	2,22
	Activités	3,67	3,67	3,67	3,67	3,67	3,67	8,15	30,15
	Total	3,89	3,83	3,83	3,87	4,23	3,97	8,74	32,37
B.4. Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la décision									47,54

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Décision WHA78(23) Prolongation du Plan mondial d'action de santé publique contre la démence 2017-2025 jusqu'en 2031

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

- 1. Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette décision serait appliquée :**
1.1.2 Des pays en mesure de renforcer leur système de santé pour accroître la couverture de services spécifiques à certaines affections ou maladies
- 2. En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?**
Sans objet
- 3. Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :**
Sans objet
- 4. Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :**
Six ans (2026-2031)

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat

- 1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la décision, en millions USD :**
16,5 millions USD (jusqu'en 2030)
- 2.a. Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
Sans objet
- 2.b. Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
Sans objet
- 3. Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :**
6,38 millions USD
- 4. Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :**
10,12 millions USD
- 5. Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD**
 - **Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours :**
Sans objet
 - **Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :**
Sans objet
 - **Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :**
Sans objet

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a. 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités								
	Total								
B.2.b. 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités								
	Total								
B.3. 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	0,32	0,27	0,23	0,27	0,23	0,25	1,15	2,72
	Activités	0,56	0,56	0,49	0,55	0,49	0,50	0,52	3,67
	Total	0,88	0,82	0,72	0,82	0,72	0,75	1,67	6,38
B.4. Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	0,51	0,42	0,36	0,43	0,37	0,39	1,82	4,29
	Activités	0,88	0,90	0,78	0,87	0,78	0,80	0,82	5,82
	Total	1,38	1,32	1,14	1,30	1,14	1,18	2,64	10,12
B.1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la décision									16,50

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Décision WHA78(24) Règlement sanitaire international (2005) : procédure pour la correction d'erreurs dans le texte de l'instrument

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

- Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette décision serait appliquée :**
 - 2.1.1 Capacités de préparation à tout type de situation d'urgence dans les pays évaluées et communiquées
 - 2.2.3 Atténuer le risque d'émergence et de réémergence d'agents pathogènes particulièrement dangereux et améliorer la préparation aux pandémies
 - 2.3.1 Urgences sanitaires potentielles détectées rapidement, risques évalués et communiqués
- En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?**
Sans objet
- Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :**
Sans objet
- Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :**
Un an (2025)

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat

- Total des dépenses à prévoir pour appliquer la décision, en millions USD :**
Les ressources nécessaires pour les activités envisagées au titre de cette décision sont déjà prévues dans le budget programme 2024-2025, lequel est également lié aux coûts établis au titre de la résolution WHA77.17 (2024).

- 2.a. **Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
Sans objet
- 2.b. **Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
Sans objet
3. **Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :**
Sans objet
4. **Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :**
Sans objet
5. **Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD**
 - **Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours :**
Sans objet
 - **Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :**
Sans objet
 - **Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :**
Sans objet

Décision WHA78(26) Feuille de route actualisée pour une action mondiale renforcée face aux effets néfastes de la pollution de l'air sur la santé

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

1. **Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette décision serait appliquée :**
3.3.1 Les pays sont en mesure d'agir sur les déterminants environnementaux de la santé, y compris le changement climatique
2. **En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?**
Sans objet
3. **Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :**
Sans objet
4. **Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :**
Six ans (2025-2030)

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat

1. **Total des dépenses à prévoir pour appliquer la décision, en millions USD :**
34,46 millions USD
- 2.a. **Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
5,76 millions USD
- 2.b. **Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
Sans objet

3. **Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :**
11,97 millions USD
4. **Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :**
16,73 millions USD
5. **Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD**
 - **Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours :**
4,1 millions USD
 - **Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :**
1,66 million USD
 - **Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :**
D'importants efforts de mobilisation de ressources sont en cours auprès de différents philanthropes et États Membres. La conférence de l'OMS sur la qualité de l'air et la santé, qui s'est tenue en mars 2025, a été l'occasion unique de mettre en lumière la nécessité de garantir une action mondiale renforcée face aux effets néfastes de la pollution de l'air sur la santé et de contribuer à combler le déficit financier existant pour pouvoir mettre en œuvre l'action requise.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a. 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	0,16	0,22	0,13	0,40	0,25	0,30	2,48	3,95
	Activités	0,14	0,14	0,14	0,14	0,14	0,14	1,00	1,81
	Total	0,30	0,35	0,27	0,54	0,39	0,44	3,48	5,76
B.2.b. 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	0,33	0,46	0,28	0,84	0,53	0,63	5,15	8,21
	Activités	0,28	0,28	0,28	0,28	0,28	0,28	2,08	3,76
	Total	0,61	0,74	0,56	1,12	0,81	0,91	7,23	11,97
B.4. Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	0,52	0,71	0,43	1,31	0,82	0,98	8,04	12,81
	Activités	0,29	0,29	0,29	0,29	0,29	0,29	2,16	3,92
	Total	0,81	1,00	0,73	1,60	1,12	1,27	10,20	16,73
B.1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la décision									34,46

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.

Décision WHA78(27) Plan d'action mondial sur les changements climatiques et la santé (2025-2028)

A. Lien avec le budget programme approuvé pour 2024-2025

1. **Produit(s) défini(s) dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 au titre duquel/desquels cette décision serait appliquée :**
3.3.1 Les pays sont en mesure d'agir sur les déterminants environnementaux de la santé, y compris le changement climatique
2. **En quoi l'examen de la décision se justifie-t-il s'il n'y a pas de lien avec les résultats prévus dans le budget programme approuvé pour 2024-2025 ?**
Sans objet
3. **Toute activité supplémentaire du Secrétariat pendant l'exercice 2024-2025 qui ne peut pas être incluse dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025 :**
Sans objet
4. **Délais estimatifs (en nombre d'années ou de mois) pour appliquer la décision :**
Quarante-huit mois (soit la période couverte par le quatorzième programme général de travail, 2025-2028).

B. Incidences, en termes de budget et de ressources, de l'application de la décision pour le Secrétariat

1. **Total des dépenses à prévoir pour appliquer la décision, en millions USD :**
161,54 millions USD
- 2.a. **Estimation des dépenses à prévoir pouvant être incluses dans la limite du budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
38,82 millions USD
- 2.b. **Estimation des dépenses supplémentaires à prévoir qui ne sont pas inscrites dans le budget programme approuvé pour 2024-2025, en millions USD :**
Sans objet
3. **Estimation des dépenses à budgétiser dans le projet de budget programme pour 2026-2027, en millions USD :**
80,74 millions USD
4. **Estimation des dépenses à budgétiser dans les futurs projets de budget programme, en millions USD :**
41,98 millions USD
5. **Volume des ressources déjà disponibles pour financer l'application de la décision lors de l'exercice en cours, en millions USD**
 - **Ressources disponibles pour financer la décision lors de l'exercice en cours :**
25 millions USD
 - **Déficit de financement restant lors de l'exercice en cours :**
13,82 millions USD
 - **Le cas échéant, estimation des ressources financières faisant l'objet des efforts de mobilisation actuels qui contribueraient à combler le déficit de financement lors de l'exercice en cours :**
Le Secrétariat poursuit ses discussions avec les États Membres, les organismes de développement et les organisations philanthropiques afin de garantir un soutien financier pour les activités de leadership, techniques et d'appui aux pays menées par l'Organisation sur cette question. Il présente également un flux continu de demandes auprès d'institutions de financement de l'action climatique pour des projets de mise en œuvre dans les pays, qui constituent la majeure partie des activités de l'OMS sur les changements climatiques et la santé. L'ensemble de ces ressources devrait permettre de combler le déficit de financement pour l'exercice en cours et les exercices futurs.

Tableau. Ventilation des dépenses estimatives (en millions USD)^a

Exercice	Coûts	Région						Siège	Total
		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental		
B.2.a. 2024-2025 Dépenses déjà prévues	Personnel	2,11	1,97	1,42	1,13	1,45	1,18	3,71	12,97
	Activités	3,30	3,30	3,30	3,30	3,30	3,30	6,05	25,85
	Total	5,41	5,27	4,72	4,43	4,75	4,48	9,76	38,82
B.2.b. 2024-2025 Dépenses supplémentaires	Personnel	–	–	–	–	–	–	–	–
	Activités	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total	–	–	–	–	–	–	–	–
B.3. 2026-2027 Dépenses à prévoir	Personnel	4,38	4,11	2,95	2,34	3,02	2,45	7,71	26,97
	Activités	6,86	6,86	6,86	6,86	6,86	6,86	12,58	53,77
	Total	11,24	10,97	9,81	9,20	9,88	9,31	20,29	80,74
B.4. Exercices futurs Dépenses à prévoir	Personnel	2,28	2,14	1,53	1,22	1,57	1,28	4,01	14,02
	Activités	3,57	3,57	3,57	3,57	3,57	3,57	6,54	27,96
	Total	5,85	5,71	5,10	4,79	5,14	4,85	10,55	41,98
B.1. Total des dépenses à prévoir pour appliquer la décision									161,54

^a Certains totaux par ligne ou par colonne sont inexacts, car les chiffres ont été arrondis.